



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Soziales Kompetenztraining bei drogenabhängigen  
Straftätern in einer Sonderanstalt für  
entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher

Verfasserin

Silke Schnaitmann

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2012

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuerin:	Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner



## DANKSAGUNG

Ich widme diese Diplomarbeit meinen Eltern Eva und Johann Schnaitmann und danke Ihnen sehr dafür, dass sie mich immer unterstützt haben!

Ein großes Dankeschön geht an meine beiden Liebsten Stefan und Jordi dafür, dass sie jeden Tag so viel Freude in mein Leben bringen!

Für die Betreuung meiner Diplomarbeit möchte ich Fr. Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner meinen herzlichen Dank aussprechen! Ein herzliches Dankeschön auch an Fr. Mag. Julia McElheney, Fr. Mag. Birgit Rauchbauer und Fr. Mag. Gadek für die Unterstützung bei der Entstehung dieser Diplomarbeit! Außerdem bedanke ich mich bei allen Mitarbeitern des Psychosozialen Dienstes der Justizvollzugsanstalt Wien Favoriten und bei allen Insassen, die an dieser Untersuchung teilnahmen! Ein besonderer Dank auch an Fr. Mag. Romana Klee!

Last but not least geht ein großes Dankeschön an Michi und Helmut dafür, dass sie immer eine offene Tür und ein offenes Ohr für mich hatten!



# INHALTSVERZEICHNIS

I EINLEITUNG .....	7
II THEORETISCHER TEIL.....	8
1 DROGENSUCHT UND KRIMINALITÄT .....	8
1.1 Forensische Psychologie.....	9
1.2 Klinisch-psychologische Diagnostik der Substanzabhängigkeit .....	9
1.3 Der Konsum illegaler Substanzen.....	11
1.4 Der Strafvollzug in Österreich.....	14
1.4.1 Gefängnisse als Ort für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher.....	14
1.4.2 Der Maßnahmenvollzug .....	15
1.4.3 Justizanstalten in Österreich .....	17
1.4.4 Eine Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher .....	17
2 SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN BEI SUBSTANZABHÄNGIGKEIT .....	21
2.1 Soziale Kompetenz .....	21
2.1.1 Begriffsdefinition.....	21
2.1.2 Soziale Kompetenz als Schutzfaktor .....	24
2.1.3 Das Messen sozialer Kompetenzen .....	25
2.2 Emotionale Kompetenz.....	27
2.2.1 Begriffsdefinition.....	27
2.2.2 Emotionale Kompetenz als Schutzfaktor.....	29
2.2.3 Das Messen emotionaler Kompetenzen.....	30
2.3 Zusammenhang sozialer und emotionaler Kompetenzen .....	31
3 SOZIALES KOMPETENZTRAINING .....	33
3.1 Soziales Kompetenztraining bei Substanzabhängigkeit .....	33
3.2 Emotionales Kompetenztraining bei Substanzabhängigkeit.....	37
3.3 Gruppentraining sozialer Kompetenzen von Hinsch und Pfingsten (2002) .....	38
3.4 Soziales Kompetenztraining in der JA Wien Favoriten.....	41
III EMPIRISCHER TEIL .....	44
4 ZIELE, FRAGESTELLUNG UND UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE .....	44

4.1 Zielsetzung der Untersuchung.....	44
4.2 Untersuchungsinstrumente .....	44
4.2.1 Review of personal effectiveness & locus of control - ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002) .....	45
4.2.2 Self Description Questionnaire III - SDQ III (Marsh, 1992) .....	47
4.2.3 Multidimensionale Selbstwertkala – MSWS (Schütz & Sellin 2006).....	48
4.2.4 Skalen zum Erleben von Emotionen – SEE (Behr & Becker, 2004a) .....	50
4.2.5 Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß – EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981).....	52
4.3 Fragestellung und Hypothesen .....	53
5 UNTERSUCHUNGSPLANUNG UND -DURCHFÜHRUNG.....	58
5.1 Untersuchungsdesign und Datenerhebung .....	58
5.2 Beschreibung der Stichprobe .....	59
5.3 Statistische Auswertung .....	61
6 ERGEBNISSE.....	63
6.1 Ergebnisse des ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002) .....	63
6.2 Ergebnisse des SDQ III (Marsh, 1992) .....	65
6.3 Ergebnisse des MSWS (Schütz & Sellin 2006) .....	67
6.4 Ergebnisse des SEE (Behr & Becker, 2004a) .....	68
6.5 Ergebnisse des EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) .....	69
7 INTERPRETATION UND DISKUSSION .....	71
7.1 Soziale und emotionale Kompetenzen .....	71
7.2 Kritik und Ausblick.....	76
8 ZUSAMMENFASSUNG.....	79
8.1 Abstract (deutsch) .....	81
8.2 Abstract (english) .....	82
IV LITERATURVERZEICHNIS .....	83
V TABELLENVERZEICHNIS .....	93
VI ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	94
VII ANHANG .....	95

# I EINLEITUNG

Die Verwendung von Drogen hat in der Geschichte der Menschheit eine lange Tradition. Seit Jahrtausenden benutzen Menschen verschiedenste Substanzen für religiöse Rituale, zu Heilzwecken oder um sich zu berauschen. Heutzutage gibt es neben natürlichen Drogen auch viele synthetisch hergestellte Substanzen. Der Missbrauch von Substanzmitteln und eine eventuell daraus entstehende Substanzabhängigkeit verursacht viel menschliches Leid und auch hohe finanzielle Kosten für eine Gesellschaft. Die Einnahme von Drogen kann in einen Kreislauf aus Sucht und Kriminalität führen. Präventionsprogramme und Therapien gegen Substanzabhängigkeit spielen eine immer wichtigere Rolle. Es gibt verschiedene Schutz- und Risikofaktoren die eine Substanzabhängigkeit verhindern oder begünstigen können. Wichtige Schutzfaktoren sind unter anderem soziale und emotionale Kompetenzen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, ein *Soziales Kompetenztraining* für drogenabhängige Rechtsbrecher zu evaluieren (siehe Kapitel 3.3 und 3.4). Das evaluierte *Soziale Kompetenztraining* basiert auf dem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002). Durchgeführt wurde diese Untersuchung in der Justizanstalt Wien Favoriten, einer Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher. Untersucht wurde, ob es durch das Training zu einer Zunahme von sozialen und emotionalen Kompetenzen kommt. Die Ergebnisse dieser Diplomarbeit sollen zu einer Weiterentwicklung und Verbesserung von Behandlungsangeboten beitragen. Als Einführung in das Thema dieser Arbeit wird zuerst auf Drogensucht und den Strafvollzug in Österreich eingegangen. Danach werden die Konstrukte der sozialen und emotionalen Kompetenzen, sowie das evaluierte *Soziale Kompetenztraining* vorgestellt. Im empirischen Teil wird die durchgeführte Untersuchung genauer dargestellt und die Ergebnisse präsentiert.

Anmerkung: Da es sich in dieser Diplomarbeit um eine rein männliche Stichprobe handelt, wird großteils auf die weibliche Form verzichtet.

## **II THEORETISCHER TEIL**

In Kapitel 1 wird ein Überblick über die Drogenproblematik, mit einem Schwerpunkt auf Österreich, gegeben und der Strafvollzug für drogenabhängige Rechtsbrecher dargestellt. In Kapitel 2 wird näher auf Schutz- und Risikofaktoren bei Substanzabhängigkeit eingegangen, die Konstrukte soziale und emotionale Kompetenzen näher beleuchtet und ihre Rolle im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch erläutert. In Kapitel 3 wird auf soziale und emotionale Trainingsmaßnahmen eingegangen und das evaluierte Training näher vorgestellt. Das untersuchte *Soziale Kompetenztraining* (siehe Kapitel 3.3 und 3.4) basiert auf dem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002). Das Training von Hinsch und Pfingsten (2002) hat sich bei Substanzabhängigen im stationären Rahmen bereits gut bewährt. Zur Anwendung dieses Trainings bei Drogenabhängigen meinen sie: „Bei nahezu allen Patientinnen und Patienten mit substanzbezogenen Störungen ist eine therapeutische Förderung ihrer sozialen Kompetenzen indiziert“ (Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 261).

### **1 DROGENSUCHT UND KRIMINALITÄT**

Die Einnahme von Suchtmitteln kann schwerwiegende gesundheitliche, soziale, finanzielle und persönliche Probleme zur Folge haben. Da die meisten Suchtmittel illegal sind, kann die Beschaffung und Verwendung dieser Suchtmittel in einen Kreislauf aus Sucht und Kriminalität führen. In diesem Kapitel wird zuerst der Begriff der forensischen Psychologie vorgestellt, da diese Diplomarbeit in diesem Arbeitsbereich der Psychologie angesiedelt ist. Danach wird darauf eingegangen wann von Substanz- oder Drogenabhängigkeit gesprochen werden kann und die Situation in Europa und Österreich dargestellt. Zum Schluss wird der Strafvollzug für drogenabhängige Rechtsbrecher in Österreich vorgestellt.



## **1.1 Forensische Psychologie**

Die Geschichte der forensischen Psychologie lässt sich bis Ende des 18. Jahrhunderts zurückverfolgen, der Aufstieg begann aber erst nach dem 2. Weltkrieg, als sich die Klinische Psychologie als eigenes Arbeitsfeld etablierte. Die *American Psychological Association* (APA) erkannte erst 2001 diesen Arbeitsbereich als eigenes Spezialgebiet innerhalb der Psychologie an (Otto & Heilbrun, 2002). Beispiele für die weiterhin zunehmende Etablierung, als eigene Disziplin innerhalb der Psychologie, sind die steigende Anzahl an Ausbildungs- und Weiterbildungsprogrammen für Psychologen (DeMatteo, Krauss, Marczyk & Burl, 2009) und die steigende Anzahl an Fachzeitschriften und Publikationen in diesem Themengebiet (Otto & Heilbrun, 2002). Laut Bartol und Bartol (2012) ist eine hinreichende Definition des Begriffs forensische Psychologie immer noch eine Herausforderung. Eine der aktuelleren Definitionen stammt vom *American Board of Forensic Psychology* (ABFP, 2012) und lautet: „Forensic Psychology is the application of the science and profession of psychology to questions and issues relating to law and the legal system” (para. 1). Es handelt sich dabei um eine sehr allgemeine Definition. Weitere wichtige Punkte der Definition sind, dass in diesem Arbeitsbereich wissenschaftliche Prinzipien angewendet werden müssen und speziell ausgebildete Fachkräfte eine zentrale Rolle spielen (ABFP, 2012).

## **1.2 Klinisch-psychologische Diagnostik der Substanzabhängigkeit**

Da die Stichprobe für diese Untersuchung aus drogenabhängigen Rechtsbrechern besteht, soll in diesem Abschnitt beschrieben werden, wann von Substanzabhängigkeit zu sprechen ist. Störungen durch psychotrope Substanzen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen. Allerdings ist gerade in diesem Bereich der diagnostische Zugang oft erschwert (Zingerle, 1998). International gibt es vor allem zwei große Klassifikationssysteme psychischer Störungen. In beiden Klassifikationssystemen wird zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden. Die Klassifikationssysteme tragen zur standardisierten Vorgehensweise in der klinischen Psychologie bei und

dienen als Basis für Diagnostik und Behandlung.

Im *International Classification of Diseases* (ICD-10), herausgegeben von der *World Health Organisation* (WHO), ist eine wichtige Unterscheidung jene zwischen dem *schädlichen Gebrauch von Substanzen* und einem *Abhängigkeitssyndrom*. Schädlicher Gebrauch ist „ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008, S. 98). Mit Gesundheitsschädigung kann sowohl eine körperliche, als auch eine psychische Störung gemeint sein. Bei einem Abhängigkeitssyndrom laut ICD-10 hat der Konsum von Substanzen Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen. Innerhalb von 12 Monaten müssen zumindest drei der angeführten Kriterien gleichzeitig vorhanden gewesen sein. Dazu gehören ein starkes Verlangen nach der Substanz, verminderte Kontrollfähigkeit des Substanzkonsums, ein körperliches Entzugssyndrom, Toleranzentwicklung, die Einengung der Lebensinhalte auf den Substanzgebrauch und anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutig schädlicher Auswirkungen auf physische und psychische Funktionen (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008).

Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV), herausgegeben von der *American Psychiatric Association* (APA), unterscheidet zwischen *Substanzmissbrauch* und *Substanzabhängigkeit*. Unter *Substanzmissbrauch* wird ein Substanzkonsum verstanden, der zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt und in einem Zeitraum von 12 Monaten mindestens eins der angeführten Kriterien verursacht. Die Kriterien beinhalten, dass der wiederholte Substanzkonsum zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen führt, dass es auf Grund des wiederholten Substanzkonsums zu einer körperlichen Gefährdung kommt, dass es zu wiederholten Problemen mit dem Gesetz kommt oder es besteht ein fortgesetzter Substanzkonsum trotz sozialer Probleme auf Grund der eingenommenen Substanzen (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003). Unter *Substanzabhängigkeit* wird ein Substanzkonsum verstanden, der zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt und in einem Zeitraum von 12 Monaten mindestens drei der angeführten Kriterien verursacht. Zu diesen Kriterien zählen Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, häufige Einnahme in großen Mengen oder länger als beabsichtigt, Wunsch oder erfolglose Versuche den Konsum zu verringern, Zeitaufwand für Substanzbeschaffung, Einnahme und Erholung, Einschränkung von

anderen Aktivitäten und Fortsetzung des Substanzkonsums trotz Kenntnis der dadurch ausgelösten Probleme (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003).

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht hat eine eigene Definition für problematischen Drogenkonsum entwickelt. Damit wird der „injizierende bzw. langjährige oder regelmäßige Konsum von Heroin, Kokain und/oder Amphetaminen“ (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2006, S. 90) bezeichnet. Drogenkonsum wird außerdem als problematisch angesehen, wenn er mit anderen risikoreichen Verhaltensweisen einhergeht, andere Personen schädigt oder negative soziale Konsequenzen zur Folge hat (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2005).

Bei drogenabhängigen Personen finden sich meist noch andere psychische Störungen die oft die Substanzabhängigkeit begünstigen aber auch durch die Einnahme von Drogen verursacht oder verstärkt werden können. Hinsch und Pflingsten (2002) fanden bei der Durchführung ihres *Gruppentrainings sozialer Kompetenzen* (siehe Kapitel 3.3) bei Substanzabhängigen vor allem Komorbiditäten mit affektiven Störungen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen.

### **1.3 Der Konsum illegaler Substanzen**

In diesem Kapitel wird auf Drogenkonsum und die Drogenpolitik in Europa und Österreich eingegangen. Im Vordergrund der europäischen Drogenpolitik steht die Nachfragereduzierung. Wenn man die Nachfrage nach Drogen reduzieren will, braucht es gute Präventionsstrategien und Behandlungsangebote. Auf dem Gebiet der Behandlung von Substanzabhängigkeit wird es immer wichtiger auf evidenzbasierte Verfahren zurückgreifen zu können. Dazu ist Forschung und die Veröffentlichung von Studienergebnissen notwendig, um evidenzbasierte Verfahren und *Best-Practice-Verfahren* zu ermitteln. Diese Diplomarbeit will durch die Evaluation eines *Sozialen Kompetenztrainings* (siehe Kapitel 3.3 und 3.4) bei drogenabhängigen Rechtsbrechern einen kleinen Beitrag dazu leisten.

Die am häufigsten illegal konsumierte Droge in Europa ist Cannabis. Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis machten 2009 „zwischen 50 % und 75 % der gesamten gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung“ aus (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2011, S. 42). Die Prävalenzraten sind auf einem hohen Niveau, steigen aber momentan laut der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2011) nicht weiter an. Zunehmende Prävalenzraten zeigten sich allerdings beim Konsum von synthetischen Drogen, beim Konsum eines größeren Spektrums an Drogen, sowie bei der Kombination von illegalen Drogen mit Alkohol und Medikamenten. Im weltweiten Vergleich ist das europäische Modell zur Bekämpfung von illegalen Drogen „weit entwickelt, fundiert und wohl auch relativ wirkungsvoll. [...] Das europäische Modell kann beschrieben werden als ein pragmatisches Abwägen zwischen den Zielen der Drogennachfragereduzierung und der Angebotsreduzierung, das sowohl die Bedeutung der Menschenrechte als auch der öffentlichen Sicherheit berücksichtigt“ (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2011, S.13). Eine zentrale Rolle in der europäischen Drogenpolitik spielen nationale Drogenstrategien und Aktionspläne, die direkt in den Ländern umgesetzt werden.

In Österreich gab es 2008 eine repräsentative Bevölkerungsumfrage über den Gebrauch von illegalen Drogen. Die Lebenszeitprävalenz bei illegalen Drogen lag am höchsten bei Cannabis. 11.8 % der befragten Personen gaben an, zumindest einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben, danach kamen Schnüffelfstoffe (2.4 %), Amphetamine (2.0 %), Ecstasy (1.9 %), Kokain (1.8 %), biogene Drogen (1.7 %), LSD (1.6 %) und Heroin mit 0.6 % (Uhl, 2008, S. 55). Solche Bevölkerungsbefragungen beinhalten immer Messungenauigkeiten, zum Beispiel durch sozial erwünschtes Antworten. Die wahren Werte liegen vermutlich höher und können nur geschätzt werden (Uhl, 2008). Im Jahr 2010 gab es in Österreich 170 Todesfälle, bei denen es sich um verifizierte direkt suchtgiftbezogene Todesfälle handelte (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2011, S. 166). Die Dunkelziffer liegt allerdings viel höher. „Studien deuten darauf hin, dass Todesfälle durch Überdosierung zwischen einem Drittel und zwei Dritteln aller Todesfälle bei problematischen Drogenkonsumenten ausmachen“ (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2011, S. 15). Andere häufige Todesursachen sind Aids, Selbstmord und Traumata.

Für die österreichische Drogenpolitik spielt das Suchtmittelgesetz (SMG; Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe) von 1997 eine zentrale Rolle. Als illegale Substanzen zählen in Österreich alle Suchtmittel und psychotrope Stoffe, auf die im Suchtmittelgesetz verwiesen wird. Der wichtigere Unterschied ist allerdings jener nach der Menge der illegalen Substanz. Bei geringen Mengen gelten mildere Strafen und somit soll eine Überkriminalisierung des Substanzkonsums vermieden werden. Für die unterschiedlichen Substanzen gelten unterschiedliche Grenzmengenverordnungen. Durch § 6 des Suchtmittelgesetzes sind der Erwerb, der Besitz, die Erzeugung, die Beförderung, die Ein- und Ausfuhr, das Anbieten, die Überlassung und die Verschaffung von Suchtmitteln, sowie der Anbau diverser Pflanzen eingeschränkt

Der Drogenmissbrauch verursacht in einer Gesellschaft nicht nur menschliches Leid, sondern auch hohe finanzielle Kosten. Hauptmann und Hübner (2008) haben versucht die sozialen Kosten des Drogenmissbrauchs für 2002 in Österreich darzustellen und kamen auf einen Schadensbetrag in Milliardenhöhe. Diese Kosten ergaben sich durch Ausgaben für Drogen, Beschaffungsschäden wie zum Beispiel Beschaffungskriminalität, Aufwand für die Nachfragereduktion nach Drogen wie zum Beispiel Drogenberatungsstellen, Ausgaben für die Betreuung und Unterbringung der Kinder von Süchtigen, Kosten für Justiz und Sicherheit, Mortalitätsrate, Erwerbsausfall, Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle, sonstige Unfälle und restliche Kosten wie zum Beispiel Aufwand für Sozialhilfe. Für 2002 ergab das einen Schaden von 1826 Euro pro Einwohner in Österreich, im Vergleich dazu schätzte das US-amerikanische *Office of National Drug Abuse* die verursachten Kosten für Drogenmissbrauch für 2002 auf 675 \$ pro Einwohner (Entorf, 2009, S. 158). Laut Entorf (2009) ist die Schätzung von Hauptmann und Hübner (2008) zwar hoch, aber im Bereich des Möglichen und diese Kostenrechnung ist gut dazu geeignet das Ausmaß der Drogenproblematik darzustellen. Dies ist ein weiteres Argument dafür in bessere Behandlungsangebote zu investieren. Zum Beispiel in Trainingsmaßnahmen wie das im Rahmen dieser Diplomarbeit evaluierte *Soziale Kompetenztraining* (siehe Kapitel 3.3 und 3.4).

## **1.4 Der Strafvollzug in Österreich**

Da sich die Stichprobe dieser Untersuchung aus drogenabhängigen Rechtsbrechern einer Justizanstalt zusammensetzt, soll in den folgenden Abschnitten der Strafvollzug für diese spezifische Gruppe dargestellt werden. Außerdem wird die Justizanstalt Wien Favoriten vorgestellt, in der das evaluierte *Soziale Kompetenztraining* (siehe Kapitel 3.3 und 3.4) durchgeführt wurde. Der Strafvollzug in der Republik Österreich begründet sich durch das Strafvollzugsgesetz von 1969. Die oberste Vollzugs- und Dienstbehörde ist das Bundesministerium für Justiz.

### **1.4.1 Gefängnisse als Ort für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher**

Bevor der Strafvollzug in Österreich näher erläutert wird, soll zuerst noch auf die spezielle Problematik von süchtigen Straftätern in Gefängnissen eingegangen werden. Es gibt einige Argumente gegen Haftstrafen als geeignete Behandlungsmaßnahme für drogenabhängige Rechtsbrecher. Zu nennen sind unter anderem die Überfüllung der Gefängnisse und schlechte Gesundheits- und Hygienebedingungen (Stöver, Weilandt, Zurhold, Hartwig & Thane, 2008). Trotz aller Kontrollen ist es sehr schwierig bis unmöglich den Drogenkonsum in Gefängnissen zu verhindern. Die Prävalenz des Drogenkonsums ist unter Strafgefangenen höher als in der Allgemeinbevölkerung. Verschiedene Studien schätzen, dass ungefähr 50 % der Häftlinge in europäischen Gefängnissen illegale Drogen konsumieren (Stöver & Weilandt, 2007, S. 86). Die am häufigsten konsumierten Drogen in den Haftanstalten sind Cannabis, Kokain und Heroin, wobei Cannabis mit Abstand die am häufigsten konsumierte illegale Droge ist (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2011). Eine belgische Studie, die 2008 durchgeführt wurde ergab, „dass mehr als ein Drittel der Drogen konsumierenden Haftinsassen während ihrer Haftzeit mit dem Konsum einer neuen Droge begonnen haben, wobei Heroin als häufigste Droge angegeben wurde“ (Todts, Gilbert, Malderen, Huyck, Saliez & Hogge, 2009, zitiert nach Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2011, S. 44).

Auch wenn es Insassen schaffen im Gefängnis drogenfrei zu leben, heißt das nicht, dass

sie auch nach ihrer Entlassung drogenfrei bleiben. Die Gefahr eines Rückfalls und die Wiederaufnahme von alten Verhaltensmustern ist vor allem in den ersten beiden Wochen nach der Entlassung sehr hoch. Durch den Gefängnisaufenthalt entwickeln viele Strafgefangene eine verminderte Toleranz gegenüber Opiaten. Auch eine kurze Haftzeit von bereits wenigen Wochen, in denen keine Drogen konsumiert werden, erhöht das Risiko einer Überdosis, da nach der Entlassung oft dieselben Drogen in denselben Mengen wie vor der Haft konsumiert werden (Stöver & Weilandt, 2007). Vorhandene psychische Störungen und eine fehlende Alternative zum alten Leben erhöhen die Wahrscheinlichkeit wieder in Drogen und Kriminalität abzurutschen (Bosold & Lauterbach, 2010; Messina, Burdon, Hagopian & Prendergast, 2006). Aus diesen Gründen ist es notwendig bereits während des Gefängnisaufenthalts präventive Maßnahmen zu ergreifen. Ein wichtiger Beitrag dazu kann die Stärkung der sozialen und emotionalen Kompetenzen durch ein gezieltes Kompetenztraining sein (siehe Kapitel 3). Im Rahmen des evaluierten *Sozialen Kompetenztrainings* wird zum Beispiel ein Ablehnungstraining durchgeführt, das gezielt zur Rückfallprävention beitragen soll (siehe Kapitel 3.4).

### **1.4.2 Der Maßnahmenvollzug**

Durchgeführt wurde das evaluierte *Soziale Kompetenztraining* (siehe Kapitel 3.3 und 3.4) in der Justizanstalt Wien Favoriten. Ungefähr bei 15-20 % der dortigen Insassen handelt es sich um einen sogenannten Maßnahmenvollzug nach § 22 Strafgesetzbuch für drogenabhängige Straftäter (Wagner & Gegenhuber, 2010, S. 47). Der § 22 (1) Strafgesetzbuch wird angewendet, wenn jemand dem „Mißbrauch eines berauschenden Mittels oder Suchtmittels ergeben ist und wegen einer im Rausch oder sonst im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung begangenen strafbaren Handlung oder wegen Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung im Zustand voller Berauschung (§ 287) verurteilt wird [...]“. „Zweck der Unterbringung ist es, den Täter von seiner Sucht zu befreien“ (Wagner & Gegenhuber, 2010, S. 44). Zur Verfügung stehen in Österreich dafür die Justizanstalt Wien Favoriten und Sonderabteilungen für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher in den Justizanstalten Stein und Innsbruck. Auch der § 68a (1) Strafvollzugsgesetz geht näher auf eine Entwöhnungsbehandlung ein. Ein

Strafgefangener soll eine Entwöhnungsbehandlung erhalten, „wenn nach der Erklärung des Anstaltsarztes der Strafgefangene dem Mißbrauch eines berauschenden Mittels oder Suchtmittels ergeben ist und die Behandlung im Hinblick auf die Dauer der Strafzeit zweckmäßig ist“ oder „wenn die Strafzeit mehr als zwei Jahre beträgt und nur aus diesem Grund von einer Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher (§ 22 des Strafgesetzbuches) abgesehen worden ist“.

Im Regelfall sieht es so aus, dass sich die Strafgefangenen um einen Behandlungsplatz in der Justizanstalt Wien Favoriten bewerben. Die Transferierung erfolgt, wenn der Behandlungswillige für eine Behandlung geeignet erscheint. Für die tatsächliche Aufnahme in die Justizanstalt Wien Favoriten sind vor allem das Vorliegen einer Substanzstörung, eine passende Strafdauer und eine ausreichende Therapiemotivation notwendig. Als Behandlungsdauer hat sich ein Zeitraum von 12 – 18 Monaten bewährt, da in diesem Fall auch noch ausreichend Zeit für eine Erprobung in der Vollzugslockerung bleibt (Wagner & Gegenhuber, 2010).

Ein wichtiger Punkt für die Behandlung, der in der Literatur viel diskutiert wird, ist die Behandlungsmotivation von Klienten. „Unter vielen Behandlern herrscht die weit verbreitete Ansicht, dass Therapie die Freiwilligkeit des Klienten voraussetzt und eine Behandlung, die unter Zwang begonnen wurde, aussichtslos ist“ (Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner, 2009, S. 68). Mangelnde Behandlungsmotivation ist allerdings nicht nur ein Problem von verurteilten Straftätern, da sich oft auch Klienten, die sich scheinbar freiwillig in Behandlung begeben, unter Druck gesetzt fühlen (Dahle, 1995; Wild, Newton-Taylor & Alleto, 1998). Gegenhuber, Werdenich und Kryspin-Exner (2009) stellten fest, dass sich Klienten mit Therapieaufgabe und Klienten, die freiwillig eine Therapie beginnen, bezüglich des wahrgenommenen Zwangs und der Therapiemotivation nur unwesentlich voneinander unterscheiden. Das ist insofern für die vorliegende Untersuchung relevant, da die Teilnahme an dem evaluierten *Sozialen Kompetenztraining* (siehe Kapitel 3.3 und 3.4) nicht freiwillig erfolgt, sondern für alle Neuzugänge in der Justizanstalt Wien Favoriten verpflichtend ist.



### **1.4.3 Justizanstalten in Österreich**

In Österreich wird der Strafvollzug in 27 Justizanstalten durchgeführt. Zum 1.12.2009 befanden sich 8.708 Personen in österreichischen Gefängnissen in Haft, davon handelte es sich bei 787 Personen um einen Maßnahmenvollzug nach § 21, § 22 oder § 23 StGB (Vollzugsdirektion, 2012). Im Jahr 2010 wurde bei 4.363 Verurteilungen das führende Delikt nach dem Suchtmittelgesetz verurteilt, das machte 11.4 % der Gesamtverurteilungen aus (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2011, S. 101). Dabei wurden 2.838 Personen nach § 27 Suchtmittelgesetz (unerlaubter Umgang mit Suchtgift), 1.466 Personen nach § 28 Suchtmittelgesetz (Vorbereitung von Suchtgifthandel) und § 28a Suchtmittelgesetz (Suchtgifthandel) verurteilt (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2011, S. 171). 733 Personen wurde im Jahr 2010 ein Aufschub des Strafvollzugs nach § 39 Suchtmittelgesetz („Therapie statt Strafe“) gewährt (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2011, S. 173).

Im Gesundheitsbereich der Justizanstalten in Österreich waren im Jahr 2011 durchschnittlich 213 Personen beschäftigt, dazu zählen ärztliches, therapeutisches und Pflegepersonal (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2011, S. 105). In der Justizanstalt Wien Favoriten gibt es einen psychosozialen Dienst, der aus Psychologen/innen, Psychotherapeuten/innen, Sozialarbeitern/innen und Pädagogen/innen zusammengesetzt ist. Dieser psychosoziale Dienst ist unter anderem auch für die Durchführung des evaluierten *Sozialen Kompetenztrainings* zuständig (siehe Kapitel 3.3 und 3.4).

### **1.4.4 Eine Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher**

In diesem Abschnitt soll die Justizanstalt Wien Favoriten näher vorgestellt werden, in der diese Diplomarbeit durchgeführt wurde. Gegründet wurde die Haftanstalt 1975 im Rahmen einer großen Strafrechtsreform. Der Anlass war damals die Schaffung des § 22 im Strafgesetzbuch. Wie in Kapitel 1.4.2 beschrieben, machen die Insassen, die nach § 22 Strafgesetzbuch eingewiesen werden, nur mehr ungefähr 15-20 % der Population

aus (Wagner & Gegenhuber, 2010). Der Rest der Strafgefangenen wird aus anderen Haftanstalten transferiert, nachdem sie sich um einen Therapieplatz nach § 68a Strafvollzugsgesetz beworben haben. Es gibt 110 Behandlungsplätze im Haus. Die Justizanstalt Wien Favoriten ist meistens gut ausgelastet und es müssen auch Strafgefangene aus Kapazitätsgründen abgewiesen werden (Fachdienste der Justizanstalt Wien Favoriten, 2010). Es müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein, um in die Justizanstalt Wien Favoriten aufgenommen zu werden. Es dürfen keine laufenden Verfahren offen sein, die Reststrafe muss noch ausreichend lang für eine sinnvolle Behandlung sein (mindestens sechs Monate) und es muss eine Suchtproblematik im Zusammenhang mit illegalen Substanzen, Alkohol oder Medikamenten vorliegen. In der Justizanstalt Wien Favoriten dürfen keine Drogen konsumiert werden, mittels engmaschiger Harntests wird die Drogenabstinenz überprüft. Medikamente dürfen nur bei vorliegender Krankheit eingenommen werden, auf Benzodiazepine wird ausnahmslos verzichtet. Es gibt allerdings die Möglichkeit der Substitution. Substituiert wird mit Methadon, nur in Ausnahmefällen kommen andere Mittel zum Einsatz. Der Vorteil von Methadon ist, dass es eine 24-stündige Wirkung hat und somit nur einmal am Tag verabreicht werden muss. Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme sind eine ausreichende Therapiemotivation, die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Straftat und die Bereitschaft zur persönlichen Entwicklung (Fachdienste der Justizanstalt Wien Favoriten, 2010).

In der Justizanstalt Wien Favoriten sind Justizwachbeamte/innen, Mediziner/innen, Psychologen/innen, Psychotherapeuten/innen, Sozialarbeiter/innen und Pädagogen/innen tätig. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen spielt eine zentrale Rolle, um durchgängige Behandlungen anbieten zu können. Alle Neuzugänge in der Justizanstalt Wien Favoriten werden zuerst in der Zugangsabteilung untergebracht. Dort erfolgt der erste Kontakt mit dem psychosozialen Fachdienst. Es erfolgt eine ausführliche Anamnese, sowie die Abklärung der Therapiemotivation. Die psychologische Diagnostik erfolgt nach ICD 10 (WHO). Danach richten sich auch die Entwöhnungsbehandlung und das Behandlungskonzept. Bereits in der Zugangsabteilung nehmen die Insassen an psychologischen Gruppen teil, die als Vorbereitung auf die Behandlung dienen sollen (Fachdienste der Justizanstalt Wien Favoriten, 2010).

Wenn die Zugangsphase erfolgreich durchlaufen wurde, werden die Insassen in eine Abteilung verlegt. Die Abteilungen haben unterschiedliche Schwerpunkte, „zum einen bezüglich der Zielgruppe (substituiert oder nicht), zum anderen bezüglich des Behandlungskonzepts“ (Wagner & Gegenhuber, 2010, S. 47). Alle Abteilungen werden als Wohngruppen geführt, wobei es fünf Wohngruppen für Männer, zwei Wohngruppen für Frauen, sowie eine Abteilung für den offenen Vollzug für Männer (Freigängerabteilung) gibt. Innerhalb einer Wohngruppe können sich die Insassen frei zwischen den Zellen und den Gemeinschaftsräumen bewegen. Das Ziel ist es, den Insassen möglichst viel Eigenverantwortung für ihr Leben zu übertragen. Beim Wohngruppenvollzug handelt es sich um den *state of the art* bei der Behandlung süchtiger Menschen (Fachdienste der Justizanstalt Wien Favoriten, 2010).

Alle Insassen nehmen zweimal wöchentlich an einer verpflichtenden Gruppentherapie teil. Behandlungsinhalte sind unter anderem erlittene Gewalterfahrungen, Verwahrlosung, gruppendynamische Prozesse, Stabilisierung, Psychoedukation und Rückfallprophylaxe. Außerdem wird den Insassen Einzeltherapie (je nach Kapazität), Sportmöglichkeiten, Kreativgruppen und unterschiedliche wechselnde Projekte angeboten. Grundsätzlich ist jeder Strafgefangene laut § 44 (1) Strafvollzugsgesetz dazu verpflichtet Arbeit zu leisten. Die Justizanstalten haben nach § 44 (2) dafür zu sorgen, dass alle Strafgefangenen nützliche Arbeit verrichten können. In der Justizanstalt Wien Favoriten durchlaufen die Insassen zuerst ein 10-wöchiges *Soziales Kompetenztraining* das Inhalt dieser Diplomarbeit ist (siehe Kapitel 3.3 und 3.4). Nach Abschluss des Trainings müssen sich die Insassen selbständig um einen Arbeitsplatz im Haus bewerben. Mögliche Arbeitsplätze gibt es unter anderem in der Tischlerei, der Wäscherei, der Kantine, der Bibliothek mit Kaffeehausbetrieb, der Hausinstandhaltung und in den Wohngruppen als Hausarbeiter (Fachdienste der Justizanstalt Wien Favoriten, 2010).

Durch einen Kooperationsvertrag mit der Lehr- und Forschungspraxis der Fakultät für Psychologie, besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Universität Wien. Einerseits geht es um die Evaluation der Betreuungs- und Behandlungsangebote, sowie um Qualitätskontrolle und ständige Weiterentwicklung und Verbesserung dieser Angebote,

andererseits ist die wissenschaftliche Aufarbeitung von Behandlungsmöglichkeiten im Strafvollzug und die Veröffentlichung dieser Ergebnisse auf Kongressen und durch Publikationen ein wichtiges Thema (Fachdienste der Justizanstalt Wien Favoriten, 2010). Im Rahmen dieser Kooperation wurde auch die vorliegende Diplomarbeit durchgeführt.

## **2 SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN BEI SUBSTANZABHÄNGIGKEIT**

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurden emotionale und soziale Kompetenzen bei drogenabhängigen Straftätern erfasst, die an einem *Sozialen Kompetenztraining* teilnahmen. Das Training wurde in der Justizanstalt Wien Favoriten durchgeführt und basiert auf dem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002). Eine genauere Beschreibung findet sich in Kapitel 3.3 und 3.4. Fähigkeiten und Fertigkeiten, die den Konstrukten der sozialen und emotionalen Kompetenzen zugerechnet werden, gelten als wichtige Schutzfaktoren und können das Risiko einer Substanzabhängigkeit im Erwachsenenalter erheblich reduzieren (Stenbacka, 2000). Oft wird von sozialer oder emotionaler Kompetenz gesprochen, auf Grund der Komplexität der Begriffe ist es aber auch üblich von sozialen oder emotionalen Kompetenzen im Plural zu sprechen (vgl. Schuler & Barthelme, 1995). Die in Kapitel 2.1 und 2.2 beschriebenen Begriffe und Definitionen dienen als Grundlage für diese Untersuchung und für die Auswahl der verwendeten Untersuchungsverfahren (siehe Kapitel 4.2).

### **2.1 Soziale Kompetenz**

Zuerst wird der Begriff *soziale Kompetenz* genauer vorgestellt. Danach werden ähnliche Begriffe erläutert, die zur sozialen Kompetenz zu rechnen sind oder sozial kompetentes Verhalten beeinflussen. Dann wird auf soziale Kompetenz als Schutzfaktor bei Drogenabhängigkeit und auf das Messen sozialer Kompetenzen eingegangen.

#### **2.1.1 Begriffsdefinition**

Soziale Kompetenz wird als Schlüsselkompetenz angesehen, deren Vorhandensein oder Fehlen große Auswirkungen auf den privaten und den beruflichen Bereich hat. Für den Begriff soziale Kompetenz gibt es viele unterschiedliche Definitionen, allerdings scheinen sich alle Definitionen darin einig zu sein, dass es sich dabei um ein

mehrdimensionales komplexes Konstrukt handelt (Kanning, 2003). „Tausende psychologische Publikationen beschäftigen sich mit sozialer Kompetenz und dennoch, eine umfassende Darstellung des Forschungsbereiches wird man vergeblich suchen“ (Kanning, 2002a, S. 153). Zurückzuführen ist das möglicherweise auf die große Bandbreite der Forschung, sowie das Fehlen etablierter Theorien zu diesem Thema (vgl. Bastians & Runde, 2002; Kanning, 2002a). Zuerst soll eine Definition aus dem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002) genannt werden. Als Grundlage für ihr Trainingskonzept dient folgende Arbeitsdefinition: „Unter sozialer Kompetenz verstehen wir die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“ (Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 5). Hinsch und Pfingsten (2002) betonen in dieser Definition, dass soziale Kompetenzen nicht nur vorhanden sein müssen, sondern auch angewendet werden müssen. Kanning (2009) meint dazu, auch wenn soziale Kompetenz nicht immer zu kompetentem Verhalten führt, wird dadurch das Vorhandensein von Kompetenzen an und für sich nicht in Frage gestellt. Die Gründe für sozial inkompetentes Verhalten können auch in der Umwelt und nicht nur in der Person liegen (Kanning, 2007). Emotionale Kompetenzen (siehe Kapitel 2.3) finden sich in der Definition von Hinsch und Pfingsten (2002) in Form von emotionalen Verhaltensweisen. Sie betonen außerdem, dass die langfristigen Konsequenzen wichtiger als die kurzfristigen sind. Als Beispiel dafür nennen Hinsch und Pfingsten (2002) „das Verhalten eines Suchtkranken, der bewusst auf seine Droge verzichtet“ (S. 82) und meinen dazu, dass dieses Verhalten für ihn nur langfristig und nicht kurzfristig kompetent sei, da die kurzfristigen Kompetenzen für ihn negativ wären. Verhaltenskonsequenzen sind allerdings erst in Verbindung mit den Zielen von Personen positiv oder negativ zu werten. Das ist auch ein wichtiger Punkt bei der Durchführung des untersuchten *Sozialen Kompetenztrainings* (siehe Kapitel 3.3 und 3.4).

Kanning (2009) spricht von drei unterschiedlichen Ansätzen zur Definition von sozialer Kompetenz. Die erste Gruppe sieht „soziale Kompetenz als Durchsetzungsfähigkeit“ (Kanning, 2009, S. 14), die zweite Gruppe sieht „soziale Kompetenz als Anpassungsfähigkeit“ (Kanning, 2009, S. 14) und eine dritte Gruppe integriert die

ersten beiden Ansätze und sieht „soziale Kompetenz als Kompromiss zwischen Anpassung und Durchsetzung“ (Kanning, 2009, S. 15). Hinsch und Pfingsten (2002) meinen soziale Kompetenz ist die Fähigkeit eines Menschen „angemessene Kompromisse zwischen eigenen Bedürfnissen einerseits und sozialer Anpassung andererseits zu finden“ (S. 4). Der Kompromiss zwischen der Durchsetzung eigener Ziele (Durchsetzungsfähigkeit) und der Anpassung an die Bedürfnisse anderer (Beziehungsfähigkeit) spielen eine wichtige Rolle in vielen weiteren Definitionen (vgl. Asendorpf, 2007; Döpfner, Schlüter & Rey, 1981; Hinsch & Wittmann, 2003). „Im günstigsten Falle trägt sozial kompetentes Verhalten dazu bei, dass alle Beteiligten ihre Interessen in gleichem Maße verwirklichen können“ (Kanning, 2002b, S. 155). Im *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002), sowie auch in dem in dieser Diplomarbeit untersuchten *Sozialen Kompetenztraining* werden die Durchsetzungsfähigkeit und die Beziehungsfähigkeit mit Hilfe der Situationstypen *Recht durchsetzen*, *Beziehungen* und *Um Sympathie werben* trainiert (siehe Kapitel 3.3 und 3.4).

Verwandte Begriffe zur sozialen Kompetenz sind zum Beispiel die soziale Intelligenz (vgl. Thorndike, 1920) das Selbst, die Selbstwirksamkeit (vgl. Jerusalem, 2002), der Selbstwert und das Selbstkonzept (vgl. Groschek, 1980; Schütz & Sellin, 2006). Alle diese Konzepte weisen Schnittmengen auf. Kanning (2002b) schlägt vor, den Begriff soziale Kompetenz als Oberbegriff für alle verwandten Begriffe zu verwenden. Auch Hinsch und Pfingsten (2002) betonen bei ihrem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* (siehe Kapitel 3.3), dass soziale Kompetenzen aus verschiedenen Komponenten bestehen und der Begriff lediglich als Oberbegriff dient. Laut einer Metaanalyse von Patterson und Ritts (1997) steht mangelndes Vertrauen in die eigenen Kompetenzen in einem engen Zusammenhang mit sozialen Kompetenzproblemen. Ein positiver Selbstwert ist eine wichtige Grundlage und Voraussetzung für sozial kompetentes Verhalten. Deshalb spielt die Stärkung des Selbstwerts und somit auch des Vertrauens in die eigenen Kompetenzen bei dem evaluierten *Sozialen Kompetenztraining* eine wichtige Rolle und wurde bei dieser Untersuchung miterhoben (siehe Kapitel 5.3.3). Soziale Inkompetenz löst beim Gegenüber meist negative emotionale Reaktionen aus, die zu sozialer Ablehnung der sozial inkompetenten Person führen können. Soziale Unsicherheit wird dadurch verstärkt und führt zu weiterem sozialen Rückzug (Voncken,

Alden, Bögels & Roelofs, 2008; Voncken, Dijk, de Jong & Roelofs, 2010). Typische Reaktionsmuster bei sozialen Kompetenzproblemen sind vermeidend-unsicheres Verhalten oder zudringlich-aggressives Verhalten (Hinsch & Pfingsten, 2002). Bei dem evaluierten *Sozialen Kompetenztraining* wird versucht unsichere und aggressive Verhaltensweisen mit Hilfe von Rollenspielen darzustellen und zu vermitteln warum es sich dabei um sozial inkompetentes Verhalten handelt. Dabei sollen die „kurz- und vor allem langfristigen Auswirkungen ausprobiert und sorgfältig durchgesprochen werden“ (Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 26). Im nächsten Abschnitt soll näher auf die Rolle der sozialen Kompetenz als Schutzfaktor bei Substanzabhängigkeit eingegangen werden.

### **2.1.2 Soziale Kompetenz als Schutzfaktor**

Die Stärkung der sozialen Kompetenz gilt als ein wichtiger Teil der Behandlung bei Substanzabhängigkeit. Sie soll zur Rückfallprävention beitragen (Stenbacka, 2000) und gilt als bedeutender Schutzfaktor zur Vermeidung kriminellen Verhaltens (Boxberg & Bosold, 2009; Egg & Spöhr, 2007). Suchtpatienten haben außerdem oft Schwierigkeiten beim Lösen zwischenmenschlicher Probleme (Beck, Wright, Newman & Liese, 1997). Aus diesen Gründen wird in der Justizanstalt Wien Favoriten schon seit einigen Jahren das *Soziale Kompetenztraining* als Teil der Therapie durchgeführt (siehe Kapitel 3.4). Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurde dieses Training zum ersten Mal evaluiert. Bei sozialer Inkompetenz kann entweder ein Mangel an Fähigkeiten vorliegen oder die Fähigkeiten sind zwar vorhanden, können aber in emotionalen Situationen nicht angewendet werden. Wenn Süchtige einer Risikosituation ausgesetzt sind, ist es notwendig, dass sie über effektive Bewältigungsstrategien verfügen. Dies führt zu einer erhöhten Selbstwirksamkeit und somit zu einem geringeren Rückfallrisiko. „Selbstwirksamkeit steht für die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, mit Risikosituationen kompetent umgehen zu können“ (Beck, Wright, Newman & Liese, 1997, S. 13). Ein Beispiel wäre die Überzeugung, in Zukunft Suchtmitteln widerstehen zu können. Beim *Sozialen Kompetenztraining* wird dies mittels des Situationstyps *Drogen ablehnen* geübt. (siehe Kapitel 3.3 und 3.4). Menschen mit geringem Selbstvertrauen erleben unter Drogeneinfluss oft „eine kurzzeitige starke Aufwertung ihrer selbst“ (Beck, Wright, Newman & Liese, 1997, S. 24). Das spricht für die



Wichtigkeit der Stärkung des Selbstwerts bei drogenabhängigen Menschen. Weitere Studien fanden einen Zusammenhang zwischen Schüchternheit und Geselligkeit als Prädiktor für erhöhten Substanzmittelmissbrauch (Santesso, Schmidt & Fox, 2004; Page, 1990).

### 2.1.3 Das Messen sozialer Kompetenzen

Wie die unterschiedlichen Definitionen (siehe Kapitel 2.1.1) zeigen, herrscht keine Einigkeit darüber, was genau gemeint ist, wenn man von sozialer Kompetenz spricht und in Folge daraus, wie man soziale Kompetenzen messen soll (vgl. Schoon, 2009). „Eines der Grundprobleme der Erfassung sozialer Kompetenzen besteht jedoch in der Definitionsvielfalt und Unterschiedlichkeit der Vorstellungen über die Inhalte des Konstrukts“ (Bastians & Runde, 2002, S. 186).

**Tabelle 1**  
*Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen (nach Gambrill, 1995; zitiert nach Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 5 f.)*

<b><i>Sozial kompetente Verhaltensweisen</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nein-Sagen</li> <li>• Versuchungen zurückweisen</li> <li>• Auf Kritik reagieren</li> <li>• Änderungen bei störendem Verhalten verlangen</li> <li>• Widerspruch äußern</li> <li>• Unterbrechungen im Gespräch unterbinden</li> <li>• Sich entschuldigen</li> <li>• Schwächen eingestehen</li> <li>• Unerwünschte Kontakte beenden</li> <li>• Komplimente akzeptieren</li> <li>• Auf Kontaktangebote reagieren</li> <li>• Gespräche beginnen</li> <li>• Gespräche aufrechterhalten</li> <li>• Gespräche beenden</li> <li>• Erwünschte Kontakte arrangieren</li> <li>• Um Gefallen bitten</li> <li>• Komplimente machen</li> <li>• Gefühle offen zeigen</li> </ul>

In Tabelle 1 findet sich eine Aufzählung sozial kompetenter Verhaltensweisen von Gambrill (1995). Hinsch und Pfingsten (2002) meinen in ihrem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* (siehe Kapitel 3.3) dazu: „Die Anschaulichkeit und Praxisnähe solcher Aufzählungen ist zugleich ihr größter Nachteil: Verschiedene Autoren kommen nämlich aufgrund klinischer Erfahrungen und theoretischer Überzeugungen zum Teil zu recht unterschiedlichen Auflistungen“ (S. 5). Auch sie sagen, dass durch die Komplexität des Begriffs erhebliche methodische Schwierigkeiten entstehen.

**Tabelle 2**

*Kompetenzdimensionen (nach Kanning, 2002b, S. 158)*

<i><b>Bereich</b></i>	<i><b>Kompetenzen</b></i>
<i><b>perzeptiv-kognitiver Bereich</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstaufmerksamkeit</li> <li>• Personenwahrnehmung</li> <li>• Perspektivenübernahme</li> <li>• Kontrollüberzeugung</li> <li>• Entscheidungsfreudigkeit</li> <li>• Wissen</li> </ul>
<i><b>motivational-emotionaler Bereich</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• emotionale Stabilität</li> <li>• Prosozialität</li> <li>• Wertepluralismus</li> </ul>
<i><b>behavioraler Bereich</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extraversion</li> <li>• Durchsetzungsfähigkeit</li> <li>• Handlungsflexibilität</li> <li>• Kommunikationsfertigkeiten</li> <li>• Konfliktverhalten</li> <li>• Selbststeuerung</li> </ul>

In einem 2. Schritt legte Kanning (2002b) zu jeder Kompetenz Statements zur Selbstbeschreibung einer Stichprobe vor und führte faktorenanalytische Berechnungen durch. Es ergaben sich fünf Faktoren zweiter Ordnung (siehe Tabelle 3). Kanning (2002b) sieht diese Vorgehensweise als „gangbaren Weg zur empirisch abgeleiteten Definition sozialer Kompetenzen“ (S. 158).

**Tabelle 3**

**Faktoren 2. Ordnung (nach Kanning, 2002b, S. 157 f.)**

<b>Faktoren</b>	
1.	<b>Soziale Wahrnehmung</b> (sich mit dem Verhalten anderer Menschen, dem eigenen Verhalten und den Reaktionen anderer auf das eigene Verhalten auseinander setzen; Perspektivenübernahme)
2.	<b>Verhaltenskontrolle</b> (emotional stabil sein, eine hohe interne und geringe externe Kontrollüberzeugung aufweisen)
3.	<b>Durchsetzungsfähigkeit</b> (eigene Ziele erfolgreich verwirklichen können, extravertiert sein, Konflikten nicht aus dem Weg gehen)
4.	<b>Soziale Orientierung</b> (sich für die Interessen anderer einsetzen, Werte anderer Menschen tolerieren)
5.	<b>Kommunikationsfähigkeit</b> (anderen zuhören und gleichzeitig verbal Einfluss nehmen können)

Zusammengefasst gesagt sind die Hauptschwierigkeiten beim Messen sozialer Kompetenzen die Komplexität dieses Konstrukts und die Auswahl geeigneter Messverfahren.

## **2.2 Emotionale Kompetenz**

Im Kapitel 2.1 wurde der Begriff soziale Kompetenz erläutert. Nun soll der Begriff *emotionale Kompetenz* genauer dargestellt werden. Emotionale Kompetenz gilt als Voraussetzung für soziale Kompetenz und ebenfalls als Schutzfaktor gegen Substanzabhängigkeit. Im Prozessmodell des Verhaltens von Hirsch und Pfingsten (2002) spielt das emotionale Verhalten eine wichtige Rolle für erfolgreiches soziales Verhalten (siehe Kapitel 3.3).

### **2.2.1 Begriffsdefinition**

Laut Rothermund (2011) sind Emotionen „objektgerichtete, unwillkürlich ausgelöste affektive Reaktionen, die mit zeitlich befristeten Veränderungen des Erlebens und Verhaltens einhergehen“ (S. 166). Der Begriff emotionale Kompetenz geht auf den

Begriff *emotionale Intelligenz* zurück der von Salovey und Mayer (1989) eingeführt wurde, der wiederum von dem Konstrukt der *sozialen Intelligenz* von Thorndike (1920) geprägt wurde. Durch Goleman (1996) wurde der Begriff emotionale Intelligenz populär. Emotionale Intelligenz bedeutet, sich und andere Personen richtig einschätzen zu können, die eigenen Gefühle und die Gefühle anderer zu beeinflussen und dadurch Handlungen steuern und Ziele erreichen zu können (Goleman, 1996). Ciarrochi und Scott (2006) ziehen es vor den Begriff emotionale Kompetenz zu verwenden, da es umstritten ist, ob es sich bei emotionaler Intelligenz tatsächlich um eine Form von Intelligenz handelt. Sie definieren emotionale Kompetenz als individuelle Unterschiede im effektiven Umgang mit Emotionen und emotionalen Problemen. Laut Saarni (2002) äußert sich emotionale Kompetenz „als Selbstwirksamkeit in emotionsauslösenden sozialen Transaktionen. Selbstwirksamkeit bedeutet, dass ein Individuum die Fähigkeiten und Fertigkeiten dazu hat, ein erwünschtes Ergebnis zu erreichen“ (S. 10). Hinsch und Pfingsten (2002) meinen, dass eine wichtige Voraussetzung für die kompetente Bewältigung von Alltagssituationen ist, „dass die handelnden Personen ihre Gefühle und Bedürfnisse möglichst authentisch zum Ausdruck bringen“ (S. 37). Der authentische Ausdruck von Gefühlen wird in ihrem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* mittels Übungen und Rollenspielen gelernt (siehe Kapitel 3.3). Die Rollenspiele sollen auch dazu dienen, zu einer besseren und realistischeren Selbstwahrnehmung zu gelangen. Zur emotionalen Kompetenz zählt auch die Fähigkeit der Emotionsregulation. Die Emotionsregulation kann durch Substanzen beeinträchtigt werden, es können aber auch Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation eine Substanzabhängigkeit begünstigen. Alkoholabhängige Patienten zeigen dabei erhebliche Probleme, vor allem bei der Impulskontrolle und der Wahrnehmung der Emotionen in den ersten Tagen der Abstinenz (Fox, Hong & Sinha, 2008). Hinsch und Pfingsten (2002) gehen in ihrem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* davon aus, „dass das Erleben emotionaler Erregung zumindest in gewissem Maß formbar ist“ (S. 35) und von Kognitionen ausgelöst wird.

Schröder (2001) entwickelte ein Modell der Emotionsdynamik im Suchtgeschehen. In diesem Modell ergibt sich eine Wechselwirkung von vier Faktoren: Anforderungen des Lebens, Fähigkeiten, vorhandene Ressourcen und die eigenen Wertmaßstäbe. Anforderungen des Lebens müssen mittels Fähigkeiten unter der Nutzung der

vorhandenen Ressourcen bewältigt werden. Das Verhältnis dieser Faktoren wird durch die eigenen Wertmaßstäbe (Motive, Werte, Bedürfnisse) beeinflusst. Bei einem ungünstigen Verhältnis der Faktoren ergeben sich negative Gefühle. Wenn kein konstruktiver Umgang mit den negativen Gefühlen gefunden wird, kann dies zu einer Suchtentwicklung bzw. Suchterhaltung beitragen. Im nächsten Abschnitt soll näher auf die Rolle der emotionalen Kompetenz als Schutzfaktor bei Substanzabhängigkeit eingegangen werden.

### **2.2.2 Emotionale Kompetenz als Schutzfaktor**

Durch das evaluierte *Soziale Kompetenztraining* (siehe Kapitel 3.3) sollen auch die emotionalen Kompetenzen gestärkt werden. Magar, Phillips und Hosie (2008) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen geringer Fähigkeiten der Emotionsregulation und riskantem Verhalten wie Nikotinkonsum und durch Alkohol verursachte Verhaltensprobleme, wie zum Beispiel Kämpfe und Streitereien. Vorhandene emotionale Kompetenzen vermindern die Wahrscheinlichkeit psychische Probleme zu bekommen und tragen allgemein zu Gesundheit und Wohlbefinden bei (Ciarrochi & Scott, 2006). Die Autoren untersuchten welche fehlenden emotionalen Kompetenzen besonders als Risikofaktoren zu sehen sind und kamen zu dem Schluss, dass vor allem ineffektive Problemorientierung, inadäquate Emotionserkennung und -beschreibung und ein ineffektiver Umgang mit Emotionen zu einer negativen Gefühlslage führen können und psychische Probleme, wie zum Beispiel Angst und Depression, verstärken können.

Personen die Defizite bei der eigenen Emotionserkennung haben, tun sich schwerer beim Lösen ihrer emotionalen Probleme und neigen eher zu einem destruktiven Emotionsmanagement wie zum Beispiel Alkohol- und Drogenmissbrauch (Taylor, 2000; Taylor, 2001). Schröder und Petry (2003) sehen „Störungen des Selbstregulationssystems“ als Grundlage für die Suchtgenese, wobei "Inkompetenzen der Emotionsregulation einen zentralen Stellenwert“ (S. 19) haben. Weitere Studien haben gezeigt, dass geringe Fähigkeiten im Bereich der emotionalen Intelligenz im Zusammenhang mit selbstzerstörerischem und von der Norm abweichendem Verhalten stehen, wie dem Konsum von illegalen Drogen, übermäßigem Alkoholkonsum,

Rauchen und qualitativ schlechteren Freundschaftsbeziehungen (Brackett & Mayer, 2003; Brackett, Mayer & Warner, 2004; Trinidad & Johnson, 2002).

### 2.2.3 Das Messen emotionaler Kompetenzen

Grundsätzlich gibt es in der Literatur zwei Modelle von emotionaler Kompetenz/Intelligenz. Das eine Modell sieht emotionale Kompetenzen mehr als emotionale Intelligenz und somit als kognitive Fähigkeit die durch Tests gemessen werden soll, das andere Modell sieht emotionale Kompetenzen eher als Persönlichkeitseigenschaften die durch Selbsteinschätzung mittels Persönlichkeitsfragebögen erfasst werden können (Austin, Saklofske, Huang & McKenney, 2004; Wong & Ang, 2007).

**Tabelle 4**

*Fertigkeiten der emotionalen Kompetenz (nach Saarni, 2002, S. 12 f.)*

<i>Fertigkeiten der emotionalen Kompetenz</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Bewusstheit über den eigenen emotionalen Zustand</li> <li>• die Fähigkeit, Emotionen anderer Menschen zu erkennen und zu verstehen</li> <li>• die Fähigkeit zum Gebrauch des Emotionslexikons</li> <li>• die Fähigkeit zur empathischen Anteilnahme</li> <li>• die Fähigkeit, zwischen internalem emotionalen Erleben und externalem Emotionsausdruck zu unterscheiden</li> <li>• die Fähigkeit zur adaptiven Bewältigung aversiver Emotionen und belastender Umstände</li> <li>• die Bewusstheit von emotionaler Kommunikation in Beziehungen</li> <li>• Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit</li> </ul>

In Tabelle 4 findet sich eine Aufzählung von Saarni (2002), die acht Fertigkeiten zur emotionalen Kompetenz zählt.

Goleman (1996) zählt zur emotionalen Intelligenz die Fähigkeiten der Selbstregulierung, Selbstwahrnehmung, Empathie, Motivation und soziale Fähigkeiten. Berking (2010) nennt sieben Kompetenzen die für die Emotionsregulation besonders wichtig sind: „bewusstes Wahrnehmen, Erkennen & Benennen, Analyse der Ursachen, emotionale Selbstunterstützung, gezielte Regulation, Akzeptanz & Toleranz und Konfrontationsbereitschaft“ (S. 9). Er untersuchte welche emotionalen Kompetenzen besonders wichtig für die psychische Gesundheit sind. „Dabei zeigte sich in mehreren Untersuchungen, dass in nicht-klinischen Stichproben vor allem die Kompetenzen, die eigenen Emotionen zu regulieren, sie bei Bedarf aber auch akzeptieren und aushalten zu können, in einem engen Zusammenhang mit Maßen der psychischen Gesundheit standen“ (Berking, 2010, S. 11). Die anderen genannten Kompetenzen sind aber ebenfalls wichtig, da sie die Emotionsregulation und das Akzeptieren und Aushalten können beeinflussen und mitbestimmen. Conte (2005) ist der Ansicht, dass das Messen von emotionaler Kompetenz einige Probleme beinhaltet und viele offene Fragen noch geklärt werden müssen. Ebenso wie bei der sozialen Kompetenz ist es schwierig geeignete Messverfahren zu finden.

## **2.3 Zusammenhang sozialer und emotionaler Kompetenzen**

Es gibt Fähigkeiten und Fertigkeiten, die man der sozialen und der emotionalen Kompetenz zuordnen kann. Gemeinsam haben beide Begriffe, dass sie kognitive und verhaltensbezogene Elemente beinhalten. Emotionale Kompetenzen werden auch als notwendige Grundlage sozialer Kompetenzen gesehen (vgl. Kanning, 2007; Weis, Seidel & Süß, 2006). Stalder (2012) meint dazu:

Unserer Auffassung nach bildet die emotionale Kompetenz die Grundlage der sozialen Kompetenz. Folgende Überlegungen stehen dahinter: Solange man sich seiner eigenen Gefühle nicht gewahr ist, keinen Zugang dazu hat und sie nicht in

einer angemessenen Form regulieren kann, ist man auch nicht wirklich dazu in der Lage, in einem sozialem Kontext die Gefühle anderer zu erkennen und zu regulieren. Das heißt: ohne emotionale Kompetenz gibt es keine soziale Kompetenz. (para. 5)

Auch in der Arbeitsdefinition des *Gruppentrainings sozialer Kompetenzen* (siehe Kapitel 3.3) von Hinsch und Pfingsten (2002) sind emotionale Verhaltensweisen sowohl ein Teil als auch eine notwendige Voraussetzung der sozialen Kompetenz. Kanning (2002b) meint, dass das Konzept der emotionalen Intelligenz Überschneidungen mit dem Konzept der sozialen Kompetenz aufweist, obwohl es kein Synonym ist, „da die Auseinandersetzung mit emotionalen Zuständen nur eine Facette sozialer Kompetenz darstellt“ (S. 157). Im nächsten Kapitel sollen nun das, im Rahmen dieser Diplomarbeit, evaluierte *Soziale Kompetenztraining* und das *Gruppentraining Sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002) genauer vorgestellt werden.



### **3 SOZIALES KOMPETENZTRAINING**

Gegenstand dieser Diplomarbeit ist das *Soziale Kompetenztraining* das in der Justizanstalt Wien Favoriten durchgeführt wird. Dabei soll untersucht werden, ob es durch die Teilnahme an diesem Training zu einer Zunahme der sozialen und emotionalen Kompetenzen bei drogenabhängigen Straftätern kommt. In diesem Kapitel soll zuerst allgemein auf die Rolle von sozialen (siehe Kapitel 3.1) und emotionalen (siehe Kapitel 3.2) Kompetenztrainingsmaßnahmen als Teil der Behandlung gegen Drogenabhängigkeit eingegangen werden und Studienergebnisse zu diesem Thema vorgestellt werden. Danach werden das *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* (siehe Kapitel 3.3) von Hinsch und Pfingsten (2002) und das evaluierte *Soziale Kompetenztraining* (siehe Kapitel 3.4) näher vorgestellt. Bei dem untersuchten *Sozialen Kompetenztraining* handelt es sich um eine modifizierte Version des Trainings von Hinsch und Pfingsten (2002).

#### **3.1 Soziales Kompetenztraining bei Substanzabhängigkeit**

In Kapitel 2.1 wurde der Begriff soziale Kompetenz definiert und gezeigt, dass es sich dabei um einen Schutzfaktor gegen Drogenabhängigkeit handelt. Hinsch und Pfingsten (2002) schreiben in ihrem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*, dass sich das Training bei Personen mit substanzbezogenen Störungen bisher gut bewährt habe (siehe Kapitel 3.3). Laut Comer (2008) ist ein soziales Kompetenztraining ein „verhaltenstherapeutischer Behandlungsansatz, bei dem Patienten soziale Fertigkeiten und Durchsetzungsverhalten mittels Rollenspiel und Einübung dieser Verhaltensweisen lernen“ (S. 528). Die Implementierung verhaltenstherapeutischer Konzepte in den Maßregelvollzug ist ein sehr aktuelles Thema. Das Ziel ist die individuelle Behandlung und Therapie von Häftlingen, wodurch ein wichtiger Beitrag auf dem Gebiet der kriminalpräventiven Maßnahmen und der öffentlichen Sicherheit geleistet werden soll (Trenkamp, 2004). Rössner (1984) meint:

In jedem Fall erscheint soziales Training zum Abbau sozialer Inkompetenz wegen ungenügenden sozialen Lernens oder erlernter Hilflosigkeit als das zielgruppen- und bedarfsorientierte Mittel der Wahl. Es ist eine humane Breitbandbehandlungsmaßnahme, die auch den allgemeinen Vollzugsdienst und ehrenamtliche Helfer sinnvoll in einen behandlungs-orientierten Strafvollzug integrieren kann. Es ist letztlich die logische Konsequenz einer konstruktiven Strafapplikation, naemlich dem bestraften Individuum zugleich alternatives, nichtdelinquentes Verhalten zu vermitteln. (S. 131)

Laut Ward (2001) erfordern alle Rehabilitationsprogramme für Straftäter die Vermittlung des Gefühls Kontrolle über das eigene Leben zu haben, in ein soziales Netzwerk eingebunden zu sein, einen Lebenssinn zu sehen und nach der Entlassung als anderer Mensch wahrgenommen zu werden. Dafür ist es notwendig Straftätern Fähigkeiten und Wissen zu vermitteln, die ihnen dabei helfen ein anderes Leben nach der Entlassung führen zu können. Das Vermitteln von sozialen Kompetenzen spielt dabei eine wichtige Rolle. Wenn ehemalige Straftäter keine Alternative zu ihrem früheren Leben sehen, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass sie wieder zu ihren alten Verhaltensmustern zurückkehren. Beelmann (2008) meint, dass soziale Trainingsprogramme „insgesamt zu den erfolgreichsten Förderansätzen bei dissozialem Problemverhalten gehören“ (S. 192).

Die Teilnehmer eines Gruppentrainings Sozialer Kompetenzen, im Rahmen des Straf- und Maßregelvollzugs in der Justizanstalt Wolfenbüttel und im Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter, schätzten sich selbst nach dem absolvierten Training als sozial sicherer und weniger aggressiv ein, als bei der Messung vor Beginn des Trainings. Beim Prä-Post-Vergleich unsicherer und aggressiver Verhaltensmuster ergaben sich signifikante Veränderungen mit Effektstärken von  $d = 0.22$  bis  $d = 0.56$  für die unterschiedlichen Gruppen (Lewrick-Gönnecke, Kammann, Heinrichs & Hosser, 2009, S. 53). Boxberg und Bosold (2009) führten eine Evaluation eines Sozialen Trainings, mit dem Schwerpunkt der Förderung sozialer Kompetenz, bei 15-24jährigen männlichen Insassen einer Jugendanstalt durch. Es zeigt sich, dass die Trainingsteilnehmer nach der Entlassung signifikant weniger Alkohol tranken als die Kontrollgruppe. Beim Konsum von illegalen Drogen zeigte sich eine Tendenz

dahingehend, dass die Versuchsgruppenteilnehmer weniger konsumierten als die Kontrollgruppe, wobei der Unterschied nicht signifikant war (S. 240). Bei der Legalbewährung (erneute Verurteilung nach der Entlassung) zeigte sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Eine modifizierte Version des *Gruppentrainings sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002) wurde im geschlossenen Erwachsenenstrafvollzug in der Justizanstalt Schwerte in Nordrheinwestfalen evaluiert (Thomalla, 2008). Der Schwerpunkt lag dabei auf den Situationstypen *Sich selbst vertreten* (*Recht durchsetzen* nach Hinsch & Pfingsten, 2002) und *Andere ansprechen und bitten* (*Um Sympathie werben* nach Hinsch & Pfingsten, 2002; siehe Kapitel 3.3). Bei dem Situationstyp *Sich selbst vertreten* sollen Strafgefangene lernen eigene Bedürfnisse zu formulieren und gewaltfrei durchzusetzen. Beim Situationstyp *Andere ansprechen und bitten* geht es um Kontaktaufnahme und das Formulieren eigener Wünsche. Laut Thomalla (2008) wurde das Training von den Teilnehmern positiv beurteilt, außerdem ergab sich eine signifikante Verringerung der sozialen Unsicherheit bei den teilnehmenden Strafgefangenen.

Bellack, Bennett, Gearon, Brown und Yang (2006) führten eine Studie mit drogenabhängigen Patienten mit einer schwerwiegenden und dauerhaften psychischen Störung wie zum Beispiel Schizophrenie (und andere Achse I Störungen des DSM-IV) durch. Das Behandlungsprogramm basierte vor allem auf dem Erlernen sozialer Kompetenzen. Patienten der Versuchsgruppe erlebten unter anderem eine signifikante Verbesserung ihrer allgemeinen Lebensqualität, gaben an mehr Geld zur Verfügung zu haben als vor der Behandlung (Hinweis auf weniger Ausgaben für Drogen) und hatten im Zeitvergleich signifikant bessere Werte auf einer *Social-Functioning-Skala*. Bei der Kontrollgruppe zeigte sich keine oder nur eine geringere Verbesserung in diesen Bereichen. Bosold und Lauterbach (2010) führten eine Untersuchung im Jugendstrafvollzug durch. Sie evaluierten das kognitiv-behaviorale Gruppentraining *LoGo – Leben ohne Gewalt organisieren* (Cahn, 2003, zitiert nach Bosold & Lauterbach, 2010). Ziel des Trainings war unter anderem die Stärkung sozialer Ressourcen. Das Training beinhaltet Elemente wie das Nachstellen sozialer Konfliktsituationen und die Schärfung der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Die Versuchsgruppe zeigte eine verringerte Aggressivität und eine Steigerung der Verantwortungsübernahme bezogen auf die Straftat im Vorher-Nachher-Vergleich. Bei

Variablen wie dem Selbstwert, der Flexibilität der Zielanpassung, der empathischen Anteilnahme und der Perspektivenübernahme zeigte sich keine signifikante Verbesserung, weder im Zeitverlauf noch im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass bei diesem Training verstärkt Methoden, die zu einer Verbesserung der Empathie und der sozialen Kompetenzen führen, eingesetzt werden sollten.

Mitchell, Wilson und MacKenzie (2006) führten eine Metaanalyse über die allgemeine Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen für drogenabhängige Straftäter in Gefängnissen durch. Sie bezogen 53 Studien mit ein, wovon die Mehrheit der Studien in Nordamerika durchgeführt wurde. Sie fanden heraus, dass Programme die sich auf die multiplen Probleme von Drogenabhängigen konzentrierten die besten Ergebnisse bezüglich Rückfallwahrscheinlichkeit und Wiederholungstaten erzielten. Dazu zählen sogenannte *Therapeutic-Community-Programme*, das sind partizipative, gruppenbasierte Programme. Bei der Senkung der Wiederholungstaten zeigte sich ein moderater Effekt. In 83 % der Studien hatte die Versuchsgruppe eine geringere Rückfallwahrscheinlichkeit als die Kontrollgruppe (Mitchell, Wilson & MacKenzie, 2006, S. 17). Keine Wirksamkeit zeigte sich bei sogenannten *Boot-Camp-Programmen*, es wurde weder die Rückfallwahrscheinlichkeit noch die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholungstat nach der Entlassung gesenkt. Bei reinen Substitutionsprogrammen zeigte sich eine geringere Rückfallwahrscheinlichkeit in den Versuchsgruppen, allerdings zeigte sich in den Versuchsgruppen auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Wiederholungstat, als in den Kontrollgruppen. *Counseling-Programme* reduzierten die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholungstat, zeigten aber keine Verbesserung der Rückfallwahrscheinlichkeit.

Ein genereller Nachteil bei der Evaluation von Therapieprogrammen ist, dass man oft nur schwer zuordnen kann, welche Teile des Behandlungsprogramms und welche Kombinationen der Komponenten besonders wirksam sind. Grundsätzlich werden die Evaluation von Programmen, der Effektivitätsnachweis und der Einsatz von evidenzbasierten Programmen immer wichtiger, auch weil Behandlungen und Therapien mit hohen Kosten verbunden sind (vgl. Hinsch & Pfingsten, 2002; Stöver, Weilandt, Zurhold, Hartwig & Thane, 2008).

## **3.2 Emotionales Kompetenztraining bei Substanzabhängigkeit**

Das Konstrukt emotionale Kompetenz wurde in Kapitel 2.2 vorgestellt. In diesem Abschnitt soll nun näher auf emotionale Kompetenztrainingsmaßnahmen eingegangen werden. Eine wichtige Frage ist, inwieweit emotionale Kompetenzen trainiert und gelernt werden können. Nelis, Quoidbach, Mikolajczak und Hansenne (2008) zeigten, dass bereits ein emotionales Kompetenztraining von vier Trainingseinheiten zu einer signifikanten Verbesserung der emotionalen Kompetenzen bei der Versuchsgruppe führte. Verbesserungen zeigten sich vor allem bei der Emotionserkennung und dem Umgang mit Emotionen. Nach sechs Monaten war das Ergebnis immer noch stabil. In der Kontrollgruppe zeigten sich keine Verbesserungen. Das Training beinhaltete unter anderem Vorträge, Rollenspiele, Gruppendiskussionen und tägliches Führen eines Tagebuchs über emotionale Erfahrungen.

Schröder (2001) weist auf die praktische Relevanz des Erwerbs von allgemeinen Lebenskompetenzen bei der Prävention, Therapie und Rehabilitation von Suchterkrankungen hin. Als Beispiele nennen sie unter anderem soziale Kompetenzen, Konfliktbewältigung, Kommunikationsfertigkeiten, Selbstwertsteigerung und Entspannungstraining. Sie sind allerdings der Ansicht, dass die emotionalen Aspekte der Selbstregulation zu kurz kommen und sprechen von der Wichtigkeit Kompetenzen der Emotionsregulation wie zum Beispiel das frühe Erkennen eines Gefühlsaufbaus oder das Ertragen negativer Gefühlslagen und die zeitverschobene Regulation in Kompetenztrainingsmaßnahmen zu vermitteln (Schröder, 2001). Ein wichtiger Teil der Selbstregulation ist es, die Kontrolle über die eigenen Handlungen behalten zu können. Laut Berking (2010) ist der beste Schutz gegen den Zustand des Kontrollverlustes das Vorhandensein vieler Kompetenzen, die von den Klienten je nach Situation eingesetzt werden können. Deshalb ist es sinnvoll ein breites Repertoire an Regulationsstrategien zu vermitteln. Ekman (2010) nennt als Techniken, um das emotionale Verhalten zu mäßigen, das Geschehen neu zu bewerten oder das Handeln zu unterbrechen. Er meint, dass es die Achtsamkeit (Bewusstsein für die eigene Emotionalität) sei, „die jemanden

davon abhalten kann, die Kontrolle zu verlieren und etwas zu sagen oder zu tun, das er später bereut“ (S. 110). In den Kapiteln 3.3 und 3.4 wird näher auf das evaluierte Training eingegangen. Zuerst wird das *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002) vorgestellt und danach wird näher auf die Durchführung des in dieser Diplomarbeit evaluierten *Sozialen Kompetenztrainings* eingegangen.

### **3.3 Gruppentraining sozialer Kompetenzen von Hinsch und Pfingsten (2002)**

Das *Soziale Kompetenztraining*, das im Rahmen dieser Diplomarbeit untersucht wurde, basiert auf dem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002), allerdings in modifizierter Form. Das Trainingsprogramm von Hinsch und Pfingsten (2002) und auch das evaluierte *Soziale Kompetenztraining* erfüllen unter anderem folgende Bedingungen: Es handelt sich jeweils um ein Gruppentraining, es ist standardisiert, enthält aber auch flexible Komponenten, es setzt auf verschiedenen Verhaltensebenen an (kognitiv, emotional und motorisch) und Elemente zur Veränderung kognitiver Prozesse spielen eine wichtige Rolle. Bei beiden Trainingsprogrammen gibt es speziell auf Substanzabhängige zugeschnittene Ziele:

Erhöhung der Bewältigungskompetenz für hochriskante Situationen mit interpersonellen Problemen und intrapersonellen Spannungszuständen, die meist dem Rückfall vorausgehen, Aufbau sozialer Unterstützung, der eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz zukommt, und Förderung der Fähigkeit in substanzbezogenen Situationen Nein zu sagen. (Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 256)

Nach Hinsch und Pfingsten (2002) gibt es verschiedene Ansätze für soziale Kompetenztrainings die sich über die Zeit weiterentwickelt haben: „Frühe Therapiekonzepte versuchen vor allem die Ängste und Hemmungen selbstunsicherer Personen zu beseitigen, spätere die sozialen Verhaltensdefizite, und die neueren konzentrieren ihr Interesse auf kognitive Variablen bzw. auf Selbstregulationsprozesse“ (S. 65). Ebenso wie beim *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und

Pfingsten (2002) handelt es sich bei dem evaluierten Training um ein halbstandardisiertes Training zur Förderung allgemeiner Kompetenzen und basiert auf lerntheoretischen und kognitiven Ansätzen (Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 65 ff.).

Als Grundlage für das *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002) dient das *Prozessmodell sozial kompetenten Verhaltens* (Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 13 ff.). Das Modell beschreibt den Ablauf bei der Bewältigung einer sozialen Alltagssituation. Der Ausgangspunkt ist eine soziale Situation, die durch soziale Aspekte, raum-zeitliche Gegebenheiten und persönliche Bedingungen bestimmt wird und soziales Verhalten erfordert. Die drei Ebenen des Verhaltens in diesem Modell sind kognitives Verhalten, emotionales Verhalten und motorisches Verhalten, die alle im Training eine wichtige Rolle spielen. Laut Hinsch und Pfingsten (2002) geht es auf der kognitiven Ebene um die Wahrnehmung und die kognitive Verarbeitung der sozialen Situation, auf der emotionalen Ebene geht es darum, welche Gefühle durch die Situation ausgelöst werden und auf der motorischen Ebene zeigt sich ein „bestimmtes beobachtbares Verhalten“ (S.15), dass als „mehr oder minder sozial kompetent bezeichnet werden“ (S. 16) kann. Erforderlich sind dafür bestimmte soziale Fertigkeiten, sogenannte *Skills*, die aus *Skill-Komponenten* wie zum Beispiel Mimik, Gestik, Körperhaltung und sprachlichen Komponenten bestehen. Das Verhalten löst bestimmte Konsequenzen aus, die als Erfolg oder Misserfolg gesehen werden, zu Selbstlob oder Selbstvorwürfen führen und wiederum das zukünftige Verhalten beeinflussen. Die Funktion des Prozessmodells ist es einerseits eine Erklärung des Problemverhaltens zu ermöglichen und andererseits Aufbau, Inhalte und Ziele des Trainings für die Teilnehmer transparent zu machen.

Laut Hinsch und Pfingsten (2002) gibt es drei verschiedene Situationstypen, die jeweils bestimmte Verhaltensweisen erfordern und von den Zielen des Handelnden abhängen. Verhaltensweisen führen zu bestimmten Konsequenzen, allerdings hängt es von dem Individuum und der Relation zu seinen Zielen ab, ob die Konsequenz als negativ oder positiv beurteilt wird. Eine „Verknüpfung der Trainingsziele mit den persönlichen Zielen des Klienten“ (Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 81) spielt eine wichtige Rolle. Wenn ein Individuum von anderen abweichende Ziele hat können dadurch „unlogisch erscheinende Verhaltensweisen“ (S. 84) von Trainingsteilnehmern erklärt werden. Bei

den Situationstypen handelt es sich um die Typen *Recht durchsetzen (Typ R)*, *Beziehungen (Typ B)* und *Um Sympathie werben (Typ S)*. Beim Typ *Recht durchsetzen (Typ R)* geht es um die Erfüllung legitimer Forderungen. Dabei sind Fähigkeiten wie zum Beispiel Blickkontakt halten, lautes deutliches Sprechen und sich nicht entschuldigen erforderlich. Beim Typ *Beziehungen (Typ B)* fehlt die rechtliche Legitimation der Forderung und im Vordergrund steht das Aufrechterhalten der Beziehung. Es geht darum sich einig zu werden, dabei sind Fähigkeiten wie zum Beispiel das Aussprechen eigener Bedürfnisse und Gefühle und Verständnis für die Gefühle anderer wichtig. Beim Typ *Um Sympathie werben (Typ S)* steht die Erfüllung der eigenen Forderungen im Vordergrund, allerdings fehlt die rechtliche Legitimation. Bei diesem Situationstyp ist es wichtig auf den anderen einen möglichst guten und sympathischen Eindruck zu machen, um die eigenen Forderungen erfüllt zu bekommen. Notwendige Fähigkeiten dazu sind zum Beispiel Interesse bekunden und Komplimente machen. Den Trainingsteilnehmern soll zusammengefasst folgendes Konzept vermittelt werden: Es gibt verschiedene Situationstypen, je nach Typ sind unterschiedliche Fertigkeiten notwendig und um welchen Situationstyp es sich handelt muss der Handelnde auf Grund seiner persönlichen Zielvorstellungen entscheiden (Hinsch & Pfingsten, 2002).

Auf allen drei Ebenen (kognitive, emotionale und motorische Ebene) des Prozessmodells werden Fertigkeiten vermittelt. Trainingselemente auf der kognitiven Ebene sind zum Beispiel das Erklären der drei Situationstypen, die Unterscheidung von aggressivem und selbstsicherem Verhalten, die Unterscheidung von Gefühlen und Kognitionen, Selbstlobübungen und Videofeedback. Auf der emotionalen Ebene sind die Selbstwahrnehmung von emotionaler Erregung und allgemein von Gefühlen, die Bearbeitung von emotionalen Defiziten und die Durchführung eines Entspannungstrainings, basierend auf der progressiven Muskelentspannung nach Jacobson, zu nennen. Verhaltensfertigkeiten auf der motorischen Ebene werden vor allem durch Rollenspiele und In-Vivo-Übungen gelernt (Hinsch & Pfingsten, 2002).

Das *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch & Pfingsten (2002) wurde bereits mehrfach evaluiert und die Wirksamkeit der einzelnen Interventionstechniken gilt als gut belegt. Als „Maß für die Generalisierung des Trainingseffekts“ (Hinsch &



Pfingsten, 2002, S. 112) wurde die psychische Belastung erhoben. Die Autoren empfehlen ausdrücklich die Durchführung von Erfolgskontrollen die zur Qualitätssicherung, zur Weiterentwicklung therapeutischer Methoden und zur Professionalisierung psychologisch therapeutischer Tätigkeiten beitragen sollen.

### **3.4 Soziales Kompetenztraining in der JA Wien Favoriten**

Wie bereits in Kapitel 3.3 beschrieben basiert das evaluierte Training auf dem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002). Das evaluierte *Soziale Kompetenztraining* geht allerdings über ein reines soziales Kompetenztraining hinaus, es wurde um einige suchtspezifische Themen erweitert. Der Schwerpunkt des Trainings liegt aber auf der Stärkung der sozialen und emotionalen Kompetenzen. Durch das *Soziale Kompetenztraining* sollen grundlegende Fähigkeiten der Häftlinge gefördert und geübt werden, die ihnen helfen ihren Lebensalltag besser zu bewältigen. Die Ziele des Trainings sind die Vermittlung und Stärkung von Fähigkeiten und Fertigkeiten die den sozialen und emotionalen Kompetenzen zugerechnet werden, die Vermittlung von Wissen über Substanzabhängigkeit, sowie die Herstellung von Alltagsstruktur und die soziale Integration. Weitere Ziele und Bedingungen des *Sozialen Kompetenztrainings* finden sich in Kapitel 3.3. Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurde untersucht, ob es durch das Training zu einer Zunahme von sozialen und emotionalen Kompetenzen kommt, sowie die subjektiv empfundene psychische Belastung als „Maß für die Generalisierung des Trainingseffekts“ (Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 112) gemessen.

Es sollen nun die Rahmenbedingungen des *Sozialen Kompetenztrainings* beschrieben werden. Nachdem die Neuzugänge der Justizanstalt Wien Favoriten (siehe auch Kapitel 1.4.4) die Zugangsabteilung erfolgreich durchlaufen haben, werden sie in eine Wohngruppe verlegt. Sobald die Inhaftierten in einer Wohngruppe untergebracht sind, beginnen sie mit dem *Sozialen Kompetenztraining*. Die Gruppengröße liegt bei durchschnittlich 10-15 Teilnehmern, hängt aber von der Anzahl der Neuzugänge ab und variiert somit laufend. Das Training besteht aus 10 Modulen und läuft über eine Dauer von 10 Wochen, wobei jeweils ein Modul pro Woche absolviert wird. Eine

Trainingswoche dauert von Montag bis Donnerstag. Das Training findet an diesen Tagen jeweils von 8:00 bis 14:00 statt, wobei mehrere Pausen gemacht werden. Durch die sehr lange Dauer der Trainingseinheiten gibt es genügend Zeit für ausführliche Übungen und Gruppendiskussionen. Der Einstieg in das Training ist jeweils zu Wochenbeginn möglich. Es handelt sich um eine offene Gruppe, wobei wöchentlich Zu- und Abgänge stattfinden. Häftlinge die alle Module absolviert haben steigen aus dem Training aus und bewerben sich um einen Arbeitsplatz in der Justizanstalt. Geleitet wird das Training von einem Team aus Psychologen/innen und einer Pädagogin, die abwechselnd die Unterrichtseinheiten halten.

Eine Übersicht über die 10 Module befindet sich in Tabelle 5. Jedes Modul besteht aus einem Rahmenthema, wobei die Theorie, die Übungen und die Diskussionen der Module sich auf dieses Thema beziehen. Zu Beginn der Module wird jeweils das Rahmenthema vorgestellt und die wichtigsten Grundlagen dazu vermittelt. In den Modulen Sucht/Konsequenzen, Gesundheit/Hygiene/Ernährung und Arbeit/Bewerbung steht die Vermittlung von Informationen zu diesen Themen im Vordergrund. Mit Hilfe von Übungen und Diskussionen soll das vermittelte Wissen gefestigt werden. Vor allem die Module Kommunikation, Durchsetzen/Nein sagen/Körpersprache, Selbst- und Fremdwahrnehmung/Feedback, Gruppeninteraktion/Gruppendynamik, Konfliktmanagement und emotionale Kompetenzen beinhalten Interventionstechniken des *Gruppentrainings sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002) und sollen zur Stärkung der sozialen und emotionalen Kompetenzen beitragen. Die Themen Substanzabhängigkeit und Rückfallprävention spielen in allen Modulen eine wichtige Rolle (siehe auch 3.3). Jedes Modul beinhaltet:

- Theoretische Teile (Erklärungsmodelle, Vermittlung von aktuellem Wissen)
- Praktische Übungen (Rollenspiele, gruppenspezifische Spiele, Arbeitsblätter, Selbstbeobachtungsübungen etc.)
- Diskussionen zum Thema
- Feedback (von den Trainern und den anderen Teilnehmern).

**Tabelle 5**  
**Die 10 Module des Sozialen Kompetenztrainings**

<i>Trainingsmodule</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation</li> <li>• Durchsetzen / Nein sagen / Körpersprache</li> <li>• Selbst- und Fremdwahrnehmung / Feedback</li> <li>• Gruppeninteraktion / Gruppendynamik</li> <li>• Konfliktmanagement</li> <li>• emotionale Kompetenzen</li> <li>• Sucht / Konsequenzen</li> <li>• Gesundheit / Hygiene / Ernährung</li> <li>• Motivation / Selbst- und Stressmanagement</li> <li>• Arbeit / Bewerbung</li> </ul>

Die praktischen Übungen und Inhalte nehmen den größeren Teil der Trainingseinheiten ein. Viele Substanzabhängige leiden unter Aufmerksamkeits- und Konzentrations-schwierigkeiten, deshalb wird versucht die Theorie möglichst anschaulich und kurzweilig zu vermitteln. Die Konzentrationsschwierigkeiten machten sich auch bei den Testungen bemerkbar (siehe Kapitel 7.2). Zusätzlich zu den drei Situationstypen aus dem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* (siehe Kapitel 3.3) gibt es den Situationstyp *Drogen ablehnen*. Die praktischen Übungen und Rollenspiele beziehen sich immer auf Situationen, die für die Trainingsteilnehmer, in diesem Fall drogenabhängige Rechtsbrecher, relevant sind. Somit spielen Suchtmittelthemen und das Ablehnungstraining eine wichtige Rolle bei dem evaluierten *Sozialen Kompetenztraining*. Auf Videofeedback bei den Rollenspielen wird auf Grund der speziellen Situation im Gefängnis verzichtet. Im empirischen Teil dieser Diplomarbeit wird näher auf die durchgeführte Untersuchung (siehe Kapitel 4 und 5) und deren Ergebnisse (siehe Kapitel 6) eingegangen.

### **III EMPIRISCHER TEIL**

## **4 ZIELE, FRAGESTELLUNG UND UNTERSUCHUNGSTRUMENTE**

### **4.1 Zielsetzung der Untersuchung**

Das Ziel dieser Diplomarbeit ist es festzustellen, ob es durch das *Soziale Kompetenztraining* (siehe Kapitel 3.3 und 3.4) in der Justizanstalt Wien Favoriten bei drogenabhängigen Rechtsbrechern zu einer Zunahme von Fähigkeiten und Verhaltensweisen kommt, die den Konstrukten der sozialen und emotionalen Kompetenzen zugeordnet werden können. Die Teilnehmer des Trainings sind männliche, drogenabhängige Rechtsbrecher, die in der Justizanstalt Wien Favoriten inhaftiert sind und dort verpflichtend oder freiwillig eine Therapie machen (siehe Kapitel 1.4.4). Zu Beginn der Therapie absolvieren alle Insassen verpflichtend dieses Training, das unter anderem die sozialen und emotionalen Kompetenzen herausbilden und stärken soll. Die Konstrukte soziale und emotionale Kompetenzen (siehe Kapitel 2) werden an Hand von fünf psychologischen Fragebögen gemessen (siehe Kapitel 4.2).

### **4.2 Untersuchungsinstrumente**

In diesem Kapitel werden die verwendeten Untersuchungsinstrumente im Einzelnen beschrieben. Bei allen Untersuchungsverfahren handelt es sich um standardisierte Fragebögen, die mittels Selbsteinschätzung verschiedene Dimensionen der Konstrukte der sozialen und emotionalen Kompetenzen messen. Für die Untersuchung verwendet wurde der ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002), da er die Lebensaktivität in verschiedenen Bereichen misst und speziell für die Evaluation von erfahrungsbasierten

Interventionen entwickelt wurde. Der SDQ III (Marsh, 1992) wurde für die Untersuchung ausgewählt um verschiedene Dimensionen des Selbstkonzepts zu erheben und der MSWS (Schütz & Sellin 2006) wurde zur Erhebung des Selbstwerts verwendet, der eine wichtige Voraussetzung für soziale Kompetenz darstellt (siehe Kapitel 2.1). Mittels SEE (Behr & Becker, 2004a) wurden Fertigkeiten erhoben, die den emotionalen Kompetenzen zuzurechnen sind, da das Theoriekonzept des Fragebogens auf den emotionalen Kompetenzen beruht und er den Umgang mit Gefühlen misst. Der EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) dient der Messung der subjektiv empfundenen psychischen Belastung als „Maß für die Generalisierung des Trainingseffekts“ (Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 112) und wurde unter anderem für die Verlaufskontrolle von Therapien entwickelt.

Um von einer Wirksamkeit des *Sozialen Kompetenztrainings* sprechen zu können, muss es zu einer signifikanten Zunahme von Fähigkeiten kommen, die den sozialen Kompetenzen (siehe Kapitel 2.1) oder den emotionalen Kompetenzen (siehe Kapitel 2.2) zuzurechnen sind. Gemessen wurden diese Fähigkeiten durch die für die Untersuchung verwendeten Fragebögen. Auf eine Zunahme von sozialen Kompetenzen wurde geschlossen, wenn es beim ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002), beim SDQ III (Marsh, 1992) und beim MSWS (Schütz & Sellin 2006) zu signifikanten Verbesserungen kam. Der SEE (Behr & Becker, 2004a) sollte Veränderungen der emotionalen Kompetenzen aufzeigen und der EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) diene als zusätzliches Maß für die Erfolgskontrolle. Im Anschluss werden die eingesetzten Untersuchungsinstrumente näher beschrieben.

#### **4.2.1 Review of personal effectiveness & locus of control - ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002)**

Der ROPELOC (Review of personal effectiveness & locus of control) wurde ursprünglich von Richards entwickelt und von Richards, Ellis und Neill (Richards, Ellis & Neill, 2002) weiterentwickelt. Das Verfahren misst die Effektivität in verschiedenen Lebensbereichen und eignet sich vor allem für die Veränderungsmessung dieser Lebensbereiche durch Trainingsprogramme (Richards, Ellis & Neill, 2002). Verwendet

wurde der Fragebogen zur Messung von sozialen Kompetenzen. Das Verfahren setzt sich aus 15 Skalen zusammen: *Self Confidence*, *Self Efficacy*, *Stress Management*, *Open Thinking*, *Social Effectiveness*, *Cooperative Teamwork*, *Leadership Ability*, *Time Efficiency*, *Quality Seeking*, *Coping with Change*, *Active Involvement*, *Overall Effectiveness*, *Internal Locus of Control*, *External Locus of Control* und *Control Items*. Die Control Items sollen feststellen, ob gemessene Veränderungen in den anderen Skalen auf Retest-Effekte oder auf tatsächliche Veränderungen zurückzuführen sind (Richards, Ellis & Neill, 2002).

**Tabelle 6**  
**Gütekriterien des ROPELOC (nach Richards, Ellis & Neill, 2002)**

<b>Skalen ROPELOC</b>	<b>Interne Reliabilität – Cronbachs Alpha</b>	<b>EFA – Faktoren- ladungen</b>
<i>Stress Management</i>	.86	.70
<i>Self Efficacy</i>	.87	.78
<i>Co-op Teamwork</i>	.85	.77
<i>Leadership Ability</i>	.91	.86
<i>Time Efficiency</i>	.86	.77
<i>Social Effectiveness</i>	.88	.78
<i>Open Thinking</i>	.83	.75
<i>Quality Seeking</i>	.85	.70
<i>Self Confidence</i>	.84	.68
<i>Active Involvement</i>	.80	.65
<i>Coping with Change</i>	.93	.74
<i>Internal LOC</i>	.80	.79
<i>External LOC</i>	.79	.84
<i>Overall Effectiveness</i>	.82	.66

Der ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002) besteht aus 45 Items, die auf einer achtsstufigen Ratingskala von eins (falsch, überhaupt nicht wie ich) bis acht (wahr, diese Behauptung beschreibt mich gut) beantwortet werden. Alle Items sind positiv gepolt, wobei jeweils drei Items einer Skala zugeordnet werden. In den einzelnen Skalen können sich Werte von 3-24 Punkten ergeben, wobei höhere Werte eine höhere

Ausprägung der jeweils gemessenen Eigenschaft bedeuten. Die interne Reliabilität wird mittels Cronbachs Alpha angegeben (siehe Tabelle 6). Daraus ergibt sich eine durchschnittliche interne Reliabilität von .85 und ein Gesamt-Alpha von .96. Die Faktorenladungen der explorativen Faktorenanalyse sind ebenfalls in Tabelle 6 angeführt. Die angegebenen Gütekriterien können als gut bis sehr gut eingestuft werden.

Laut Autoren kann der ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002) ab 10 Jahren angewendet werden. Er ist sehr ökonomisch in der Anwendung. Alle Items sind positiv gepolt, was die Verständlichkeit des Fragebogens, vor allem auch bei Jugendlichen, erhöht (Richards, Ellis & Neill, 2002). Die Beschreibung der einzelnen Skalen ist sehr kurz gehalten, was sich für die Interpretation der Skalenwerte als schwierig erwies.

#### **4.2.2 Self Description Questionnaire III - SDQ III (Marsh, 1992)**

Der Self Description Questionnaire III (SDQ III) von Marsh (1992) misst mehrere Dimensionen des Selbstkonzepts bei Jugendlichen und Erwachsenen und wurde zur Messung von sozialen Kompetenzen eingesetzt. Der Fragebogen besteht aus 136 Items, die in 13 Skalen zusammengefasst werden. Es gibt vier akademische Skalen (*Mathematische Fähigkeiten, Sprachliche Fähigkeiten, Intellektuelle Fähigkeiten und Problemlösefähigkeiten*), acht nicht-akademische Skalen (*Beziehung zu Personen gleichen Geschlechts, Beziehung zu Personen anderen Geschlechts, Beziehung zu den Eltern, Körperliche Fähigkeiten, Aussehen, Emotionale Stabilität, Ehrlichkeit, Religion*) und die Skala *Allgemeine Selbstwertschätzung*.

Ungefähr die Hälfte der Items ist negativ gepolt. Die 136 Items werden auf einer achtstufigen Ratingskala von eins (eindeutig falsch) bis acht (eindeutig wahr) beantwortet. Die interne Konsistenz wurde mittels Cronbachs Alpha (siehe Tabelle 7) bestimmt und kann, bis auf die Skala Ehrlichkeit, als gut bis sehr gut bezeichnet werden. Die Retest-Reliabilität wurde über Intervalle von einem, zwei und 20 Monaten gemessen und liegt für alle Skalen im Bereich von .49 bis .95. Einsetzbar ist der Fragebogen ab 16 Jahren. Laut Marsh (1992) ist er für Jugendliche und junge Erwachsene am besten geeignet, da er ursprünglich für diese Zielgruppe entwickelt

wurde. Allerdings wird der SDQ III (Marsh, 1992) auch sehr häufig im Erwachsenenbereich eingesetzt. Durch die große Anzahl der Items nimmt die Beantwortung und die Auswertung des Fragebogens viel Zeit in Anspruch, was den SDQ III (Marsh, 1992) eher unökonomisch macht.

**Tabelle 7**  
**Gütekriterien des SDQ III (nach Marsh, 1992)**

<i>Skalen SDQ III</i>	<i>Interne Konsistenz – Cronbachs Alpha</i>
<i>Mathematisches Selbstkonzept</i>	.94
<i>Sprachliches Selbstkonzept</i>	.87
<i>Allgemein akademisches Selbstkonzept</i>	.93
<i>Problemlösefähigkeiten</i>	.85
<i>Beziehung zu Personen gleichen Geschlechts</i>	.88
<i>Beziehung zu Personen anderen Geschlechts</i>	.92
<i>Beziehung zu den Eltern</i>	.89
<i>Körperliche Fähigkeiten</i>	.94
<i>Aussehen</i>	.91
<i>Ehrlichkeit</i>	.76
<i>Emotionale Stabilität</i>	.89
<i>Religiosität</i>	.95
<i>Allgemeine Selbstwertschätzung</i>	.93

#### **4.2.3 Multidimensionale Selbstwertkala – MSWS (Schütz & Sellin 2006)**

Die Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS) von Schütz und Sellin (2006) ist ein standardisierter Selbstbeschreibungsfragebogen und wurde zur Schätzung verschiedener Bereiche des Selbstwerts entwickelt, der von den Autoren als subjektive Einschätzung des eigenen Werts verstanden wird. Der Fragebogen besteht aus 32 Items, die sechs verschiedenen Skalen zugeordnet werden: *Emotionale Selbstwertschätzung*, *Soziale*



*Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt, Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik, Leistungsbezogene Selbstwertschätzung, Selbstwertschätzung Physische Attraktivität und Selbstwertschätzung Sportlichkeit.* Zusätzlich werden die ersten vier Skalen zu einer übergeordneten Skala *Allgemeine Selbstwertschätzung* zusammengefasst und die letzten beiden genannten Skalen werden zu der übergeordneten Skala *Körperbezogene Selbstwertschätzung* zusammengefasst. Diese beiden übergeordneten Skalen zusammen ergeben den *Gesamtselbstwert*. Beantwortet werden die Items auf einer siebenstufigen Ratingskala von eins (nie, gar nicht) bis sieben (immer, sehr). Ein Teil der Items ist negativ gepolt und muss für die Auswertung umgepolt werden. Höhere Werte bedeuten eine höhere Selbstwertschätzung.

**Tabelle 8**  
**Gütekriterien der MSWS-Skalen (nach Schütz & Sellin, 2006)**

<i>MSWS-Skalen</i>	<i>Interne Konsistenz – Cronbachs Alpha</i>	<i>Retest- Reliabilität</i>	<i>Konvergente Validität</i>
<i>Emotionale Selbstwertschätzung</i>	.84	.70	.79
<i>Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt</i>	.85	.79	.49
<i>Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik</i>	.87	.74	.52
<i>Leistungsbezogene Selbstwertschätzung</i>	.75	.46	.56
<i>Selbstwertschätzung Physische Attraktivität</i>	.84	.62	.56
<i>Selbstwertschätzung Sportlichkeit</i>	.78	.86	.40
<i>Allgemeine Selbstwertschätzung</i>	.92	.73	.74
<i>Körperbezogene Selbstwertschätzung</i>	.85	.77	.57
<i>Gesamtselbstwert</i>	.93	.73	.76

Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist durch die standardisierte Fragebogenvorgabe und durch genaues Einhalten der Anweisungen des

Manuals gegeben. Die im Manual der MSWS (Schütz & Sellin, 2006) angegebenen Werte für die interne Konsistenz der Skalen, die Retest-Reliabilität und die konvergente Validität befinden sich in Tabelle 8. Die interne Konsistenz für die einzelnen Skalen und die übergeordneten Skalen kann als gut bezeichnet werden. Die Retest-Reliabilität zeigt großteils eine hohe Stabilität, nur in den Skalen *Leistungsbezogene Selbstwertschätzung* und *Selbstwertschätzung Physische Attraktivität* zeigt sich eine etwas niedrigere Stabilität. Die konvergente Validität wurde mittels Korrelationen mit der Rosenberg-Skala ermittelt und kann als moderat bis hoch eingeschätzt werden.

Für den MSWS (Schütz & Sellin 2006) liegen Normen ab 14 Jahren vor. Er ist ökonomisch im Einsatz und die Items sind verständlich und klar formuliert. Durch die ökonomische Anwendung und durch die guten teststatistischen Kennwerte ist ein unkomplizierter Einsatz sowohl im klinischen, als auch nicht-klinischem Bereich zur Status- oder Verlaufsdiagnostik möglich, allerdings wird als Kritik angeführt, dass die Interpretationen zu den Subskalen nicht detailliert genug sind, eine bessere Abgrenzung zu Konstrukten wie Neurotizismus und Bindungs-Ängstlichkeit notwendig wäre und eine Normierung an umfangreicheren, differenzierteren klinischen Stichproben wünschenswert wäre (Daig, Gunzelmann & Brähler, 2008).

#### **4.2.4 Skalen zum Erleben von Emotionen – SEE (Behr & Becker, 2004a)**

Bei den Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) von Behr und Becker (2004a) handelt es sich um einen Selbstbeschreibungsfragebogen der zentrale Elemente des Konstrukts der emotionalen Intelligenz misst. Die Autoren hatten das Ziel einen Fragebogen zu entwerfen, der das individuelle Gefühlserleben und die Bewertung und Regulation von Gefühlen erfasst. Als theoretischen Hintergrund für die Entwicklung des Fragebogens führen Behr und Becker (2004a) vor allem Rogers (1959) Theorie der Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung und das Konzept der Emotionalen Intelligenz von Salovey und Mayer (1989) an. Der Fragebogen besteht aus 42 Items, die auf einer fünfstufigen-Ratingskala, von eins (*stimmt gar nicht*) bis fünf (*stimmt völlig*) beantwortet werden. Die Items werden zu sieben faktorenanalytisch begründeten Skalen

zusammengefasst: *Akzeptanz eigener Emotionen, Erleben von Emotionsüberflutung, Erleben von Emotionsmangel, Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen, Imaginative Symbolisierung von Emotionen, Erleben von Emotionsregulation* und *Erleben von Selbstkontrolle*. Einige der Items sind negativ gepolt. In den Skalen *Akzeptanz eigener Emotionen, Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen, Imaginative Symbolisierung von Emotionen, Erleben von Emotionsregulation* und *Erleben von Selbstkontrolle* sind hohe Werte erstrebenswert, in den Skalen *Erleben von Emotionsüberflutung* und *Erleben von Emotionsmangel* sind niedrige Werte erstrebenswert.

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) kann als akzeptabel bis gut bezeichnet werden (siehe Tabelle 9). Die Retest-Reliabilität wurde über Intervalle von zwei, drei, vier, 10 und 14 Wochen gemessen und befindet sich für alle Skalen im Bereich von .60 bis .90 (Behr & Becker, 2004b). Die Interkorrelationen zwischen den Skalen befinden sich im Bereich von -.42 bis .46 und sind laut Behr und Becker (2004a) niedrig genug um die Skalen als unabhängig voneinander zu sehen und im Falle von höheren Korrelationen den theoretischen Erwartungen zu entsprechen. Zur Validität „liegen Untersuchungen mit anderen Verfahren zur Emotionswahrnehmung, mit klinischen Tests, mit Selbstkonzeptinventaren und mit Verfahren zur Einschätzung von interpersonellen Beziehungen vor“, wobei die Skalen hypothesen- und theoriekonform korrelieren (Behr & Becker, 2004b).

Der SEE (Behr & Becker, 2004a) ist ab 14 Jahren einsetzbar und kann als Einzel- oder Gruppenuntersuchung durchgeführt werden. Durch die geringe Itemanzahl ist er ökonomisch im Einsatz. Als negative Kritik kann angeführt werden, dass die Normstichprobe eher klein und nicht repräsentativ ist, bei der Auswertung werden vier verschiedene Skalen-Kennwerte (Stanine-Werte, *z*-Werte, *T*-Werte und Prozentränge) erfasst, jedoch wird keine Anleitung zur unterschiedlichen Interpretation der vier Skalen-Kennwerte im Manual angeführt und der Nutzen der Erstellung eines grafischen Profils ist nur teilweise theoretisch abgedeckt (Berger & Rockenbach, 2006).

**Tabelle 9**  
**Gütekriterien des SEE (nach Behr & Becker, 2004a)**

<i>SEE-Skalen</i>	<i>Interne Konsistenz – Cronbachs Alpha</i>
<i>Akzeptanz eigener Emotionen</i>	.82
<i>Erleben von Emotionsüberflutung</i>	.86
<i>Erleben von Emotionsmangel</i>	.70
<i>Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen</i>	.80
<i>Imaginative Symbolisierung von Emotionen</i>	.82
<i>Erleben von Emotionsregulation</i>	.70
<i>Erleben von Selbstkontrolle</i>	.76

#### **4.2.5 Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß – EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981)**

Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß (EMI-B) von Ullrich und de Muynck (1981) wurde zur Therapiekontrolle entwickelt. Erfasst werden die vorherrschenden Gefühle und das aktuelle Befinden. Eingesetzt wurde der Fragebogen zur Messung der subjektiv empfundenen psychischen Belastung als „Maß für die Generalisierung des Trainingseffekts“ (vgl. Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 112). Der Fragebogen enthält 70 Items, die jeweils aus zwei gegensätzlichen Eigenschaftsworten bestehen. Beantwortet werden die Items auf einer sechsstufigen Ratingskala. Viele Items sind negativ gepolt. Niedrige Skalen-Werte bedeuten ungestörtes Befinden im Gegensatz zu hohen Werten, die gestörtes Befinden bedeuten. Die Items werden zu folgenden sieben Skalen zusammengefasst: *ängstliches versus angstfreies Befinden*, *depressive versus frohe Stimmung*, *erschöpftes versus dynamisches Befinden*, *aggressive versus nachgiebige Stimmung*, *gehemmtes versus spontanes Befinden*, *Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl* und *gestörtes Allgemeinbefinden versus Wohlbefinden*.

Die Itemanalyse zeigt laut Autoren eine hohe innere Konsistenz. Die Retest-Reliabilität wurde über Intervalle von zwei und vier Wochen und sechs Monaten gemessen und liegt in einem Bereich von .51 bis .89. Es ist sowohl Einzel- als auch Gruppentestung möglich. Ullrich und de Muynck (1981) schreiben im Manual, dass der EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) kein leichter Test sei. Bei der Fragebogenvorgabe des EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) für diese Untersuchung gab es von den Untersuchungsteilnehmern viele Rückfragen und Verständnisschwierigkeiten bezüglich der Itemformulierung und der Art und Weise wie der Fragebogen auszufüllen sei. Die Bedeutung einiger Itemwörter wie zum Beispiel federnd gespannt, labil, antriebsarm, souverän oder resignierend waren einigen Häftlingen nicht bekannt. Bei Rückfrage wurden den Teilnehmern Synonyme vom Testleiter genannt oder versucht die Items zu umschreiben.

### **4.3 Fragestellung und Hypothesen**

Die Fragestellung der Diplomarbeit lautet, ob es durch das Training in der Justizanstalt Wien Favoriten bei drogenabhängigen Rechtsbrechern zu einer Zunahme von Fähigkeiten und Fertigkeiten kommt, die den Konstrukten der sozialen oder emotionalen Kompetenzen zugeordnet werden können. Die Hypothesen wurden gerichtet formuliert und einseitig getestet, da von einer Zunahme der sozialen und emotionalen Kompetenzen ausgegangen wurde. Studien über vergleichbare Trainings in anderen Strafanstalten (siehe Kapitel 3.1 und 3.2) haben eine grundsätzliche Wirksamkeit und Verbesserung der sozialen und emotionalen Kompetenzen gezeigt (vgl. Lewrick-Gönnecke, Kammann, Heinrichs & Hosser, 2009; Boxberg und Bosold, 2009; Thomalla, 2008). Aus der Fragestellung ergaben sich die im Folgenden genannten Hypothesen. Die Hypothesen gründen sich auf Fachliteratur und ähnlichen in der Justizanstalt Wien Favoriten durchgeführten Studien zum multiprofessionellen tiergestützten Training (vgl. Burger, 2007; Klee, 2010; Kuchta, 2008), wobei ebenfalls soziale und emotionale Kompetenzen erhoben wurden. Da es sehr viel Platz in Anspruch nehmen würde alle Hypothesen auszuformulieren, wurde zu jeder Forschungshypothese eine Beispielhypothese formuliert. Die restlichen Hypothesen können in gleicher Weise formuliert werden. Die Beschriftung bezieht sich auf die

Forschungshypothese und die einzelnen Skalen der Fragebögen. Zum Beispiel steht  $H_1^{1.1}$  für die Forschungshypothese 1, Skala 1.

Forschungshypothese 1: Die Ausprägungen der Trainingsteilnehmer im ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002) nehmen vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt signifikant zu.

$H_0^{1.1}$  Es gibt keine signifikante Zunahme in der Skala *social effectiveness* vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_1^{1.1}$  Es gibt eine signifikante Zunahme in der Skala *social effectiveness* vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_0^{1.1} \alpha\text{-f: } \mu_1 \geq \mu_2$

$H_1^{1.1} \alpha\text{-f: } \mu_1 < \mu_2$

In gleicher Weise werden die Hypothesen für die folgenden Skalen des ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002) formuliert: *active involvement, cooperative teamwork, leadership ability, open thinking, quality seeking, self confidence, self efficacy, stress management, time efficiency, coping with change, overall effectiveness, internal locus of control, external locus of control* und *control items*.

Forschungshypothese 2: Die Ausprägungen der Trainingsteilnehmer im SDQ III (Marsh, 1992) nehmen vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt signifikant zu.

$H_0^{2.1}$  Es gibt keine signifikante Zunahme in der Skala *Beziehung zu Personen gleichen Geschlechts* vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_1^{2.1}$  Es gibt eine signifikante Zunahme in der Skala *Beziehung zu Personen gleichen Geschlechts* vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_0^{2.1} \alpha\text{-f: } \mu_1 \geq \mu_2$

$H_1^{2.1} \alpha\text{-f: } \mu_1 < \mu_2$

In gleicher Weise werden die Hypothesen für die folgenden Skalen des SDQ III (Marsh, 1992) formuliert: *mathematisches Selbstkonzept, verbales Selbstkonzept, allgemein*

*akademisches Selbstkonzept, Problemlösefähigkeiten, Beziehung zu Personen anderen Geschlechts, Beziehung zu den Eltern, körperliche Fähigkeiten, Aussehen, Ehrlichkeit, emotionale Stabilität, Religiosität und allgemeine Selbstwertschätzung.*

Forschungshypothese 3: Die Ausprägungen der Trainingsteilnehmer im MSWS (Schütz & Sellin 2006) nehmen vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt signifikant zu.

$H_0^{3.1}$ : Es gibt keine signifikante Zunahme in der Skala *Emotionale Selbstwertschätzung* vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_1^{3.1}$ : Es gibt eine signifikante Zunahme in der Skala *Emotionale Selbstwertschätzung* vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_0^{3.1}: \alpha\text{-f}: \mu_1 \geq \mu_2$

$H_1^{3.1}: \alpha\text{-f}: \mu_1 < \mu_2$

In gleicher Weise werden die Hypothesen für die folgenden Skalen des MSWS (Schütz & Sellin 2006) formuliert: *Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt, Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik, Leistungsbezogene Selbstwertschätzung, Selbstwertschätzung physische Attraktivität, Selbstwertschätzung Sportlichkeit, Allgemeine Selbstwertschätzung, Körperbezogene Selbstwertschätzung und Gesamtselbstwert.*

Forschungshypothese 4a: Die Ausprägungen der Trainingsteilnehmer im SEE (Behr & Becker, 2004a) nehmen vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt signifikant zu.

$H_0^{4a.1}$ : Es gibt keine signifikante Zunahme in der Skala *Akzeptanz eigener Emotionen* vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_1^{4a.1}$ : Es gibt eine signifikante Zunahme in der Skala *Akzeptanz eigener Emotionen* vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_0^{4a.1}: \alpha\text{-f}: \mu_1 \geq \mu_2$

$H_1^{4a.1}: \alpha\text{-f}: \mu_1 < \mu_2$

In gleicher Weise werden die Hypothesen für die folgenden Skalen des SEE (Behr & Becker, 2004a) formuliert: *Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen*, *Imaginative Symbolisierung von Emotionen*, *Erleben von Emotionsregulation* und *Erleben von Selbstkontrolle*.

Forschungshypothese 4b: Die Ausprägungen der Trainingsteilnehmer im SEE (Behr & Becker, 2004a) nehmen vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt signifikant ab.

$H_0^{4b.1}$  Es gibt keine signifikante Abnahme in der Skala *Erleben von Emotionsüberflutung*, vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_1^{4b.1}$  Es gibt eine signifikante Abnahme in der Skala *Erleben von Emotionsüberflutung*, vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_0^{4b.1}: \alpha\text{-}f: \mu_1 \leq \mu_2$

$H_1^{4b.1}: \alpha\text{-}f: \mu_1 > \mu_2$

In gleicher Weise wird die Hypothese für die folgende Skala des SEE (Behr & Becker, 2004a) formuliert: *Erleben von Emotionsmangel*.

Forschungshypothese 5: Die Ausprägungen der Trainingsteilnehmer im EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) nehmen vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt signifikant ab.

$H_0^{5.1}$ : Es gibt keine signifikante Abnahme in der Skala *Ängstliches Befinden* vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_1^{5.1}$ : Es gibt eine signifikante Abnahme in der Skala *Ängstliches Befinden* vom 1. Erhebungszeitpunkt auf den 2. Erhebungszeitpunkt.

$H_0^{5.1}: \alpha\text{-}f: \mu_1 \leq \mu_2$

$H_1^{5.1}: \alpha\text{-}f: \mu_1 > \mu_2$

In gleicher Weise werden die Hypothesen für die folgenden Skalen des EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) formuliert: *Depressive Stimmung*, *Erschöpftes Befinden*,



*Aggressive Stimmung, Gehemmtes Befinden, Verlassenheitsgefühl und Gestörtes Allgemeinbefinden.*

# **5 UNTERSUCHUNGSPLANUNG UND - DURCHFÜHRUNG**

## **5.1 Untersuchungsdesign und Datenerhebung**

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um ein einfaches Prätest-Posttest-Design. Untersucht wurde die Auswirkung eines *Sozialen Kompetenztrainings* (siehe Kapitel 3.3 und 3.4) auf die sozialen und emotionalen Kompetenzen von drogenabhängigen Häftlingen in der Justizanstalt Wien Favoriten (siehe Kapitel 2). Die Untersuchungsteilnehmer wurden zu Beginn und am Ende des Trainings mittels standardisierter Persönlichkeitsfragebögen befragt. Zur Messung der sozialen und emotionalen Kompetenzen kamen fünf verschiedene Verfahren zum Einsatz: ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002), SEE (Behr & Becker, 2004a), EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981), SDQ III (Marsh, 1992) und MSWS (Schütz & Sellin 2006).

Die Daten wurden laufend von Dezember 2010 bis Jänner 2012 erhoben. Allen 37 Teilnehmern der Untersuchung wurden der ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002), der SEE (Behr & Becker, 2004a) und der EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) vorgelegt. Der SDQ III (Marsh, 1992) wurde nur den ersten 20 Teilnehmern vorgelegt, wobei zwei Teilnehmer jeweils eine ganze Seite des SDQ III (Marsh, 1992) nicht ausfüllten und diese Daten aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden. Auf Grund der langen Testdauer des SDQ III (Marsh, 1992) und der nicht aussagekräftigen Vorauswertung wurde entschieden den Fragebogen durch den MSWS (Schütz & Sellin 2006) zu ersetzen. Von September 2011 bis Jänner 2012 wurde allen Trainingsteilnehmern der MSWS (Schütz & Sellin 2006) statt des SDQ III (Marsh, 1992) vorgelegt. Die Prä-Testungen wurden bei den einzelnen Teilnehmern jeweils zu Beginn des 10-wöchigen Trainings durchgeführt und die Post-Testungen unmittelbar bei Trainingsende. Da es wöchentlich zu Zu- und Abgängen beim *Sozialen Kompetenztraining* kam, fanden auch laufend Prä- und Post-Testungen statt. Die

Testungen fanden in einem eigenen Testraum neben dem Trainingsraum statt. Jedem Teilnehmer wurden vier Fragebögen vorgelegt. Die Beschreibung der erhobenen demografischen Daten erfolgt in Kapitel 5.2. Eine Testung dauerte durchschnittlich zwischen 60 und 120 Minuten, je nach Geschwindigkeit des Teilnehmers. Die Testungen fanden teilweise als Einzeltestungen und teilweise als Gruppentestungen (meist zwei bis drei Teilnehmer) statt, je nach Anzahl der Neuzugänge im Training. Sobald ein Teilnehmer mit der Testung fertig war, verließ er den Testraum, damit die restlichen Teilnehmer nicht weiter gestört wurden. Zu Beginn der Testung wurden alle Teilnehmer über Ziel und Dauer der Untersuchung informiert. Es gab eine mündliche und schriftliche Anweisung zum richtigen Ausfüllen der Fragebögen. Jeder Teilnehmer wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass die Teilnahme an der Untersuchung und die gewonnenen Informationen vertraulich und anonym behandelt werden. Die Teilnehmer hatten bei Unklarheiten jederzeit die Möglichkeit dem anwesenden Testleiter Fragen zu stellen. Die Post-Testungen fanden jeweils am Ende des 10-wöchigen Trainings statt. Durchgeführt wurden sie im selben Raum und auf dieselbe Art und Weise wie die Prä-Testungen.

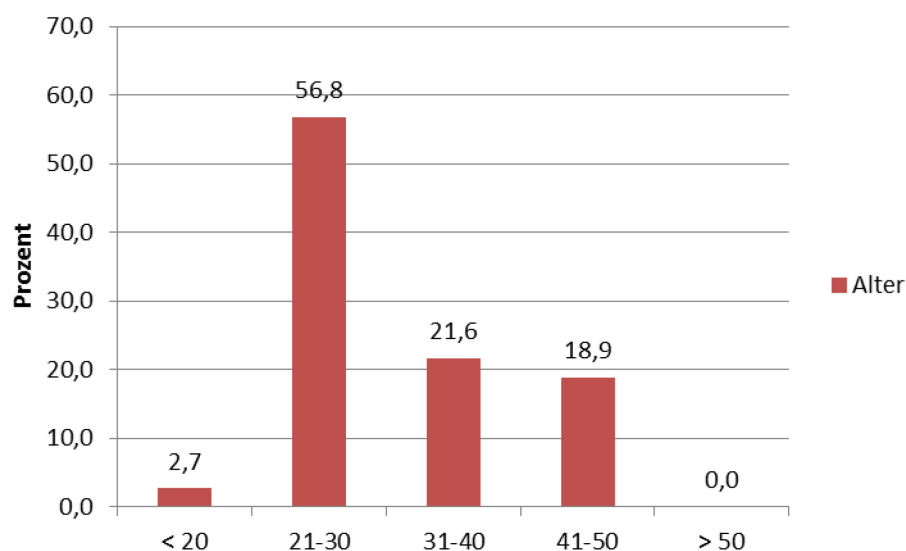
Dadurch, dass die Teilnahme an dem Training für alle Häftlinge verpflichtend ist, war die Anwesenheit der Teilnehmer durchgehend gegeben. Ausnahmen gab es nur in Krankheitsfällen, wobei es sich nur um einzelne Tage handelte. Als Schwierigkeiten bei der Untersuchungsdurchführung zeigten sich Verständnisschwierigkeiten beim Ausfüllen der Fragebögen und Konzentrationsmängel. Vor allem beim EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) gab es einige Unklarheiten bezüglich der Formulierung der Items (siehe Kapitel 5.3.5). Durch die durchgehende Anwesenheit eines Testleiters wurde versucht die Verständnisschwierigkeiten zu minimieren.

## **5.2 Beschreibung der Stichprobe**

Die Stichprobe setzt sich aus 37 männlichen drogenabhängigen Insassen der Justizanstalt Wien Favoriten zusammen. Unter der Annahme, mittlere Effekte zu finden, sowie bei einem Alpha von .05 und einer Teststärke von .80 wurde die angestrebte Stichprobengröße auf  $n = 41$  festgelegt (Bortz & Döring, 2006, S. 629). Da es sich um

eine anfallende Stichprobe handelt wurde die angestrebte Stichprobengröße in dem geplanten Untersuchungszeitraum nicht ganz erreicht. Die Teilnahme an dem Training war für alle Häftlinge verpflichtend (siehe Kapitel 3.4). Für das Verstehen und Ausfüllen der Fragebögen sind fundierte Deutschkenntnisse eine Voraussetzung. Insassen die dieses Kriterium nicht erfüllten, wurden von der Untersuchung ausgeschlossen.

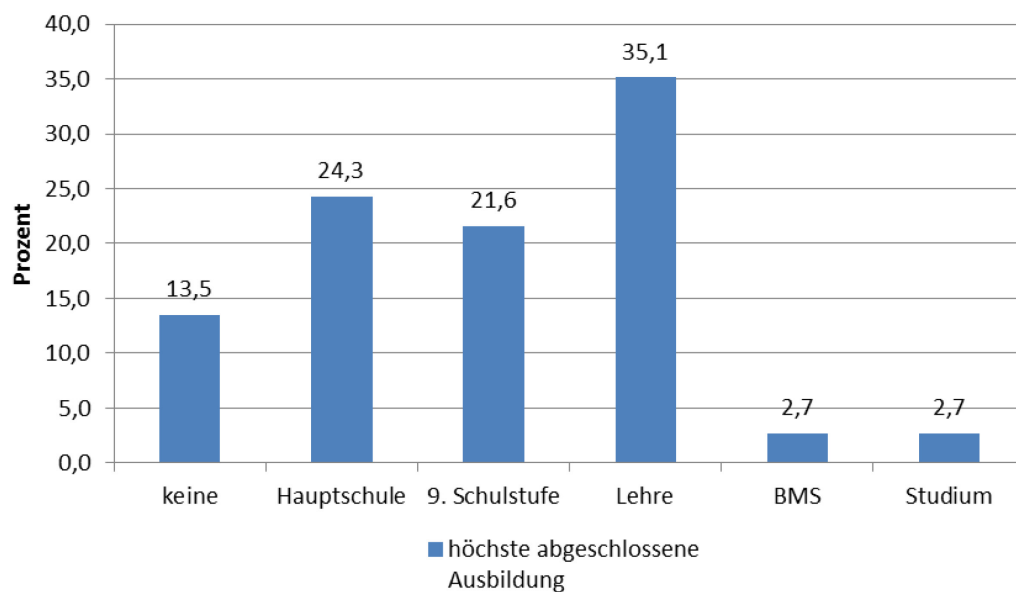
Es handelte sich um eine rein männliche Stichprobe. Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 31.08 Jahre. Die Altersspanne lag zwischen 19 und 50 Jahren. Die Altersverteilung ist in Abbildung 1 dargestellt.



---

**Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung des Alters der untersuchten Stichprobe ( $n = 37$ )**

Ein Überblick über die höchste abgeschlossene Ausbildung der Untersuchungsteilnehmer findet sich in Abbildung 2.



**Abbildung 2: Höchste abgeschlossene Ausbildung der untersuchten Stichprobe ( $n = 37$ )**

67.6 % der Untersuchungsteilnehmer führten Deutsch als Muttersprache an, die restlichen 32.4 % gaben Serbisch, Kroatisch, Rumänisch, Albanisch, Polnisch, Englisch oder Arabisch als Muttersprache an.

### 5.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mittels des Programms PASW Statistics 18, Version 18.0.0. Zuerst erfolgte eine Aufbereitung der Rohdaten. Für vereinzelte fehlende Werte wurde eine Interpolation dieser Daten vorgenommen (vgl. Kothgassner & Stetina, 2011). Dies betraf insgesamt fünf Personen. Bei zwei weiteren Personen wurde beim SDQ III (Marsh, 1992) jeweils eine ganze Fragebogenseite nicht ausgefüllt, diese Daten wurden von der Analyse ausgeschlossen. Die Daten wurden vor der Hypothesenprüfung auf Normalverteilung der Differenzen überprüft. Bei den Skalen des ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002), des SEE (Behr & Becker, 2004a) und des EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) kann auf Grund des zentralen Grenzwerttheorems ( $n \geq 30$ ) davon ausgegangen werden, dass die Daten hinreichend normalverteilt sind (Bortz, 2005; Kothgassner, 2011). Beim SDQ III (Marsh, 1992;  $n = 18$ ) und beim MSWS (Schütz & Sellin 2006;  $n = 17$ ) wurde eine Prüfung der

Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test vorgenommen (siehe Kapitel 6.2 und 6.3). Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte mittels einseitiger T-Tests für abhängige Stichproben. Ein Ergebnis wurde als statistisch signifikant bezeichnet, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit höchstens 5 % ( $p = 0,05$ ) betrug (Bortz, 2005). Die Prüfgröße  $t$  des abhängigen T-Tests wurde zusätzlich in die Effektstärke  $r$  umgewandelt, um zu prüfen, inwiefern ein Ergebnis inhaltlich bedeutsam ist. Dazu wurde folgende Formel (Field, 2005, S. 294) verwendet:

$$r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + df}}$$

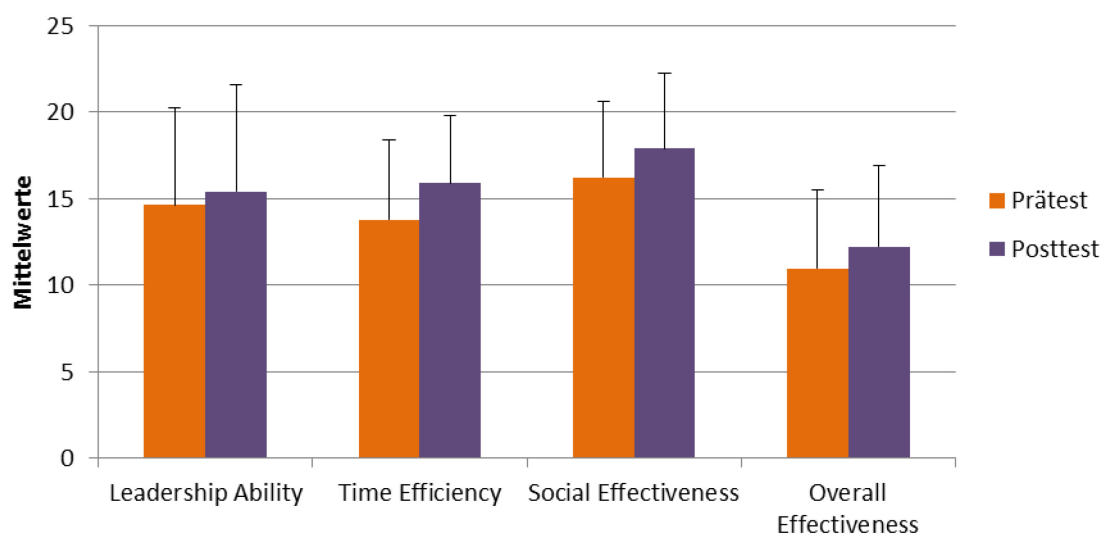
Bei  $r = .10$  wird von einem kleinen, bei  $r = .30$  von einem mittleren und ab  $r = .50$  von einem großen Effekt gesprochen (Bortz & Döring, 2006; Field, 2005).

## 6 ERGEBNISSE

Dieses Kapitel enthält die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen mittels statistischer Verfahren. Die Ergebnisse werden nach den Untersuchungsverfahren gegliedert dargestellt.

### 6.1 Ergebnisse des ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002)

Ein Überblick über die Ergebnisse der Hypothesenprüfung für die Skalen des ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002) befindet sich in Tabelle 10. Im Vergleich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten T1 und T2 ergab sich für die Skalen *Social Effectiveness* ( $t(36) = -2.239$ ,  $p = .016$ ,  $r = .35$ ), *Time Efficiency* ( $t(36) = -2.841$ ,  $p = .004$ ,  $r = .43$ ), *Leadership Ability* ( $t(36) = -1.794$ ,  $p = .041$ ,  $r = .29$ ) und *Overall Effectiveness* ( $t(36) = -1.856$ ,  $p = .036$ ,  $r = .30$ ) ein signifikanter Unterschied. Somit wird die  $H_0$  für diese vier Skalen verworfen. Die Trainingsteilnehmer schätzten sich selbst in diesen Skalen zum 2. Erhebungszeitpunkt signifikant besser ein als zum 1. Erhebungszeitpunkt.



**Abbildung 3: Signifikante Veränderungen der Mittelwerte in den Skalen des ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002)**

In Abbildung 3 werden die Ergebnisse des ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002) dargestellt.

**Tabelle 10**  
**Ergebnisse für die Skalen des ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002)**

<b>ROPELOC Skalen</b>	<b>T 1 M (SD)</b>	<b>T 2 M (SD)</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>r</b>
<i>Stress Management</i>	15.19 (4.66)	15.03 (4.18)	.246	36	.404	.04
<i>Self Efficacy</i>	15.14 (5.08)	14.51 (5.35)	.916	36	.183	.15
<i>Cooperative Teamwork</i>	18.46 (4.11)	18.27 (4.81)	.288	36	.388	.05
<i>Leadership Ability</i>	14.65 (5.62)	15.43 (6.17)	-1.794	36	.041*	.29
<i>Time Efficiency</i>	13.80 (4.59)	15.89 (3.94)	-2.841	36	.004*	.43
<i>Social Effectiveness</i>	16.22 (4.41)	17.89 (4.39)	-2.239	36	.016*	.35
<i>Open Thinking</i>	20.03 (2.77)	19.78 (2.80)	.692	36	.247	.11
<i>Quality Seeking</i>	18.86 (4.46)	19.20 (4.07)	-.582	36	.283	.10
<i>Self Confidence</i>	16.86 (4.15)	18.10 (4.25)	-1.415	36	.083	.23
<i>Active Involvement</i>	17.97 (3.88)	18.27 (4.50)	-.476	36	.319	.08
<i>Coping with Change</i>	16.33 (4.63)	17.11 (4.22)	-1.218	36	.116	.20
<i>Internal LOC</i>	20.95 (2.41)	20.62 (3.89)	.582	36	.282	.10
<i>External LOC</i>	12.27 (5.38)	11.11 (4.93)	1.228	36	.114	.20
<i>Overall Effectiveness</i>	10.99 (4.53)	12.24 (4.66)	-1.856	36	.036*	.30

Anmerkungen: *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *t* = *t*-Statistik, *df* = Freiheitsgrade, *p* = Signifikanzniveau, *r* = Effektstärke, \**p* < .05



In den Skalen *Social Effectiveness*, *Time Efficiency* und *Overall Effectiveness* kann man von einem mittleren Effekt und in der Skala *Leadership Ability* von einem kleinen Effekt sprechen. In allen anderen Skalen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Erhebungszeitpunkten festgestellt werden.

## 6.2 Ergebnisse des SDQ III (Marsh, 1992)

Ein Überblick über die Ergebnisse der Hypothesenprüfung für die Skalen des SDQ III (Marsh, 1992) befindet sich in Tabelle 11. Die Daten wurden auf Normalverteilung der Differenzen überprüft. Bis auf die Skala *Körperliche Fähigkeiten* waren alle Daten normalverteilt. Für die Skala *Körperliche Fähigkeiten* wurde die Hypothese zusätzlich mit dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben überprüft. Es konnte kein Unterschied zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten festgestellt werden ( $T = 54.50$ ,  $z = -.313$ ,  $p = .75$ ).

Im Vergleich zwischen den Erhebungszeitpunkten T1 und T2 ergab sich für die Skala *Aussehen* ( $t(17) = -2.154$ ,  $p = .023$ ,  $r = .46$ ) ein signifikanter Unterschied. Die  $H_0$  kann für diese Skala verworfen werden. Die Trainingsteilnehmer schätzten sich selbst in dieser Skala zum 2. Erhebungszeitpunkt signifikant besser ein als zum 1. Erhebungszeitpunkt, wobei man von einem mittleren Effekt sprechen kann. In allen anderen Skalen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

**Tabelle 11**  
**Ergebnisse für die Skalen des SDQ III (Marsh, 1992)**

<b>SDQ III Skalen</b>	<b>T 1 M (SD)</b>	<b>T 2 M (SD)</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>r</b>
<i>Mathematisches Selbstkonzept</i>	43.89 (13.06)	42.94 (13.42)	.461	17	.326	.11
<i>Sprachliches Selbstkonzept</i>	54.78 (9.64)	55.44 (12.58)	-.449	17	.330	.11
<i>Allgemein akademisches Selbstkonzept</i>	53.00 (10.38)	52.83 (11.44)	.135	17	.447	.03
<i>Problemlösefähigkeiten</i>	53.39 (7.94)	53.72 (9.32)	-.161	17	.437	.04
<i>Beziehung zu Personen gleichen Geschlechts</i>	55.26 (10.01)	56.94 (10.47)	-1.123	17	.139	.26
<i>Beziehung zu Personen anderen Geschlechts</i>	59.94 (9.46)	61.67 (9.07)	-1.307	17	.105	.30
<i>Beziehung zu den Eltern</i>	47.89 (14.15)	50.00 (16.41)	-1.168	17	.130	.27
<i>Körperliche Fähigkeiten</i>	57.72 (12.99)	53.83 (14.74)	.512	17	.308	.12
<i>Aussehen</i>	51.50 (11.07)	55.39 (8.73)	-2.154	17	.023*	.46
<i>Ehrlichkeit</i>	63.60 (11.04)	66.48 (9.56)	-1.545	17	.071	.35
<i>Emotionale Stabilität</i>	44.38 (10.12)	46.67 (12.36)	-1.171	17	.129	.27
<i>Religiosität</i>	43.94 (17.88)	44.92 (15.38)	-.383	17	.354	.09
<i>Allgemeine Selbstwertschätzung</i>	65.92 (15.17)	65.28 (15.62)	.237	17	.408	.06

Anmerkungen: *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *t* = *t*-Statistik, *df* = Freiheitsgrade, *p* = Signifikanzniveau, *r* = Effektstärke, \**p* < .05

### 6.3 Ergebnisse des MSWS (Schütz & Sellin 2006)

Ein Überblick über die Ergebnisse der Hypothesenprüfung für die Skalen des MSWS (Schütz & Sellin 2006) befindet sich in Tabelle 12. Die Daten wurden auf Normalverteilung der Differenzen überprüft und erwiesen sich als normalverteilt.

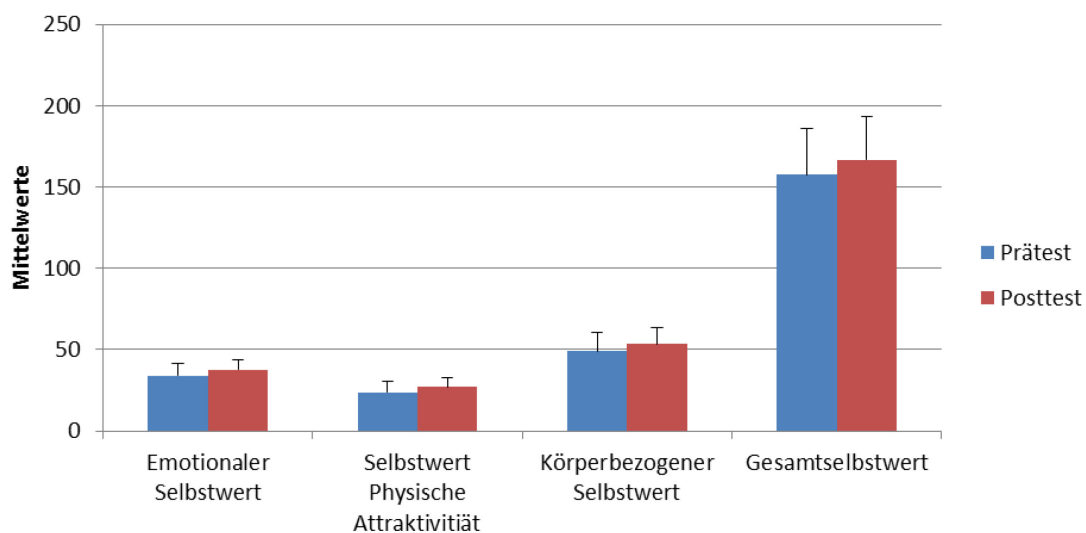
**Tabelle 12**  
*Ergebnisse für die Skalen des MSWS (Schütz & Sellin 2006)*

<b>MSWS Skalen</b>	<b>T 1 M (SD)</b>	<b>T 2 M (SD)</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>r</b>
<i>Emotionale Selbstwertschätzung</i>	34.18 (7.35)	37.76 (5.86)	-2.487	16	.024*	.53
<i>Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt</i>	27.35 (6.51)	27.12 (6.50)	.213	16	.834	.05
<i>Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik</i>	21.41 (8.81)	22.82 (6.56)	-.938	16	.362	.23
<i>Leistungsbezogene Selbstwertschätzung</i>	25.59 (5.50)	25.53 (5.18)	.063	16	.951	.02
<i>Selbstwertschätzung Physische Attraktivität</i>	23.82 (7.06)	27.12 (5.90)	-2.257	16	.038*	.49
<i>Selbstwertschätzung Sportlichkeit</i>	26.47 (5.30)	26.47 (5.30)	-1.272	16	.222	.30
<i>Allgemeine Selbstwertschätzung</i>	108.53 (22.53)	113.24 (18.71)	-1.446	16	.168	.34
<i>Körperbezogene Selbstwertschätzung</i>	49.00 (11.24)	53.59 (10.24)	-2.542	16	.022*	.54
<i>Gesamtselbstwert</i>	157.53 (28.23)	166.82 (26.11)	-3.003	16	.008*	.60

Anmerkungen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t-Statistik, df = Freiheitsgrade, p = Signifikanzniveau, r = Effektstärke, \*p < .05

Im Vergleich zwischen den Erhebungszeitpunkten T1 und T2 ergab sich für die Skalen *Emotionale Selbstwertschätzung* ( $t(16) = -2.487, p = .024, r = .53$ ), *Selbstwertschätzung Physische Attraktivität* ( $t(16) = -2.257, p = .038, r = .49$ ), und *Körperbezogene*

*Selbstwertschätzung* ( $t(16) = -2.542, p = .022, r = .54$ ) ein signifikanter Unterschied. Die Trainingsteilnehmer schätzten sich selbst in diesen Skalen zum 2. Erhebungszeitpunkt signifikant besser ein als zum 1. Erhebungszeitpunkt. Beim *Gesamtselbstwert* ( $t(16) = -3.003, p = .008, r = .60$ ) zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. In der Skala *Physische Attraktivität* kann man von einem mittleren Effekt sprechen. In den Skalen *Emotionale Selbstwertschätzung*, *Körperbezogene Selbstwertschätzung* und *Gesamtselbstwert* liegen große Effekte vor. In allen anderen Skalen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, somit kann die  $H_0$  für diese Skalen nicht verworfen werden. In Abbildung 4 werden die signifikanten Ergebnisse des MSWS (Schütz & Sellin 2006) dargestellt.



**Abbildung 4: Signifikante Veränderungen der Mittelwerte in den Skalen des MSWS (Schütz & Sellin 2006)**

## 6.4 Ergebnisse des SEE (Behr & Becker, 2004a)

Ein Überblick über die Ergebnisse der Hypothesenprüfung für die Skalen des SEE (Behr & Becker, 2004a) befindet sich in Tabelle 13. Es konnte kein signifikanter Unterschied in den Skalen festgestellt werden, somit wird die  $H_0$  für alle Skalen beibehalten.

**Tabelle 13****Ergebnisse für die Skalen des SEE (Behr & Becker, 2004a)**

<b>SEE Skalen</b>	<b>T 1 M (SD)</b>	<b>T 2 M (SD)</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>r</b>
<i>Akzeptanz eigener Emotionen</i>	22.19 (4.62)	21.46 (3.56)	1.256	36	.109	.20
<i>Erleben von Emotions- überflutung</i>	23.22 (6.27)	22.05 (5.96)	1.353	36	.093	.22
<i>Erleben von Emotionsmangel</i>	12.81 (4.39)	12.32 (3.63)	.871	36	.195	.14
<i>Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen</i>	24.54 (6.47)	23.49 (6.10)	1.272	36	.106	.21
<i>Imaginative Symbolisierung von Emotionen</i>	15.32 (5.32)	15.27 (5.09)	.094	36	.463	.02
<i>Erleben von Emotions- regulation</i>	13.05 (3.16)	12.80 (3.08)	.445	36	.330	.07
<i>Erleben von Selbstkontrolle</i>	21.19 (3.29)	20.65 (3.70)	1.041	36	.153	.17

Anmerkungen: *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *t* = t-Statistik, *df* = Freiheitsgrade, *p* = Signifikanzniveau, *r* = Effektstärke, \**p* < .05

## 6.5 Ergebnisse des EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981)

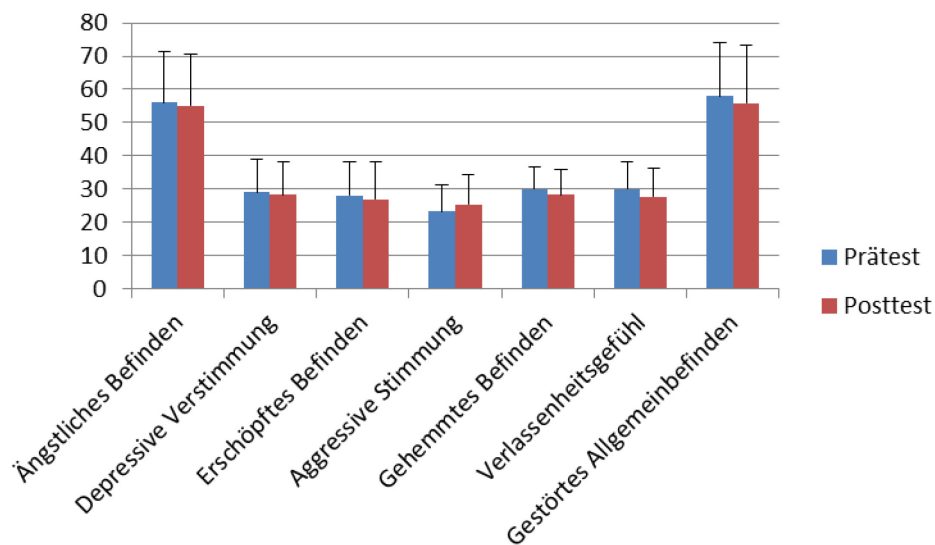
Ein Überblick über die Ergebnisse der Hypothesenprüfung für die Skalen des EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) befindet sich in Tabelle 14. Im Vergleich zwischen den Erhebungszeitpunkten T1 und T2 ergab sich für die Skala *Verlassenheitsgefühl* ( $t(36) = 1.963$ ,  $p = .029$ ,  $r = .31$ ) ein signifikanter Unterschied (siehe Abbildung 5). Die  $H_0$  kann für diese Skala verworfen werden. Die Trainingsteilnehmer schätzten sich selbst in dieser Skala zum 2. Erhebungszeitpunkt signifikant geringer ein als zum 1. Erhebungszeitpunkt, wobei man von einem mittleren Effekt sprechen kann. In allen anderen Skalen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

**Tabelle 14**

*Ergebnisse für die Skalen des EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981)*

<i>EMI-B Skalen</i>	<i>T 1 M (SD)</i>	<i>T 2 M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
<i>Ängstliches Befinden</i>	56.00 (15.43)	55.05 (15.62)	.416	36	.340	.07
<i>Depressive Verstimmung</i>	29.05 (9.82)	28.30 (9.91)	.512	36	.306	.09
<i>Erschöpftes Befinden</i>	28.03 (10.10)	26.97 (11.25)	.820	36	.209	.14
<i>Aggressive Stimmung</i>	23.22 (7.87)	25.30 (8.85)	-1.569	36	.063	.25
<i>Gehemmtes Befinden</i>	30.04 (6.64)	28.22 (7.61)	1.367	36	.090	.22
<i>Verlassenheits- gefühl</i>	29.92 (8.19)	27.68 (8.70)	1.963	36	.029*	.31
<i>Gestörtes Allgemeinbefinden</i>	57.92 (16.33)	55.84 (17.49)	.881	36	.192	.15

Anmerkungen: *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *t* = t-Statistik, *df* = Freiheitsgrade, *p* = Signifikanzniveau, *r* = Effektstärke, \**p* < .05



**Abbildung 5: Veränderungen der Mittelwerte in den Skalen des EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981)**

## 7 INTERPRETATION UND DISKUSSION

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Evaluation eines *Sozialen Kompetenztrainings* (siehe Kapitel 3.3 und 3.4) bei drogenabhängigen Rechtsbrechern in einer Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher. Dieses Training stellt eine modifizierte Form des *Gruppentrainings sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfungsten (2002) dar, dessen Wirksamkeit gut belegt ist (vgl. Hinsch & Pfungsten, 2002; Thomalla, 2008). Durch die Erfolgskontrolle sollte festgestellt werden, ob es durch die Teilnahme an dem Training zu einer Zunahme von Fähigkeiten und Fertigkeiten kommt, die den sozialen und emotionalen Kompetenzen zuzurechnen sind (siehe Kapitel 2.1 und 2.2). Außerdem wurde die psychische Belastung als „Maß für die Generalisierung des Trainingseffekts“ (Hinsch & Pfungsten, 2002, S. 112) erhoben. Der Ausgangspunkt für diese Diplomarbeit und für die Anwendung sozialer Kompetenztrainingsmaßnahmen bei drogenabhängigen Straftätern war die in der Literatur aufgezeigte Funktion sozialer Kompetenzen als Schutzfaktor gegen Drogenabhängigkeit (vgl. Beck, Wright, Newman & Liese, 1997; Stenbacka, 2000). Auch emotionale Kompetenzen gelten als Schutzfaktoren gegen Substanzabhängigkeit (vgl. Magar, Phillips & Hosie, 2008; Schröder & Petry, 2003; Taylor, 2000). Die Ergebnisse dieser Untersuchungsergebnisse bestätigen teilweise die Resultate anderer Studien (vgl. Bosold & Lauterbach, 2010; Hinsch & Pfungsten, 2002; Lewrick-Gönnecke, Kammann, Heinrichs & Hosser, 2009; Nelis, Quoidbach, Mikolajczak & Hansenne, 2008; Thomalla, 2008).

### 7.1 Soziale und emotionale Kompetenzen

Zuerst soll die Frage betrachtet werden, ob es zu einer Verbesserung der sozialen Kompetenzen durch das durchgeführte *Soziale Kompetenztraining* kam. Die gefundenen Ergebnisse beim *Sozialen Kompetenztraining* deuten darauf hin, dass es zu einer Reduzierung sozialer Kompetenzprobleme kam. Das *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfungsten (2002) wurde bereits mehrfach evaluiert und

die Ergebnisse sprechen für eine Reduzierung sozialer Kompetenzprobleme durch das Training (vgl. Hinsch & Pfingsten, 2002). Diese Ergebnisse konnten in der durchgeführten Untersuchung nur teilweise bestätigt werden. Es zeigte sich bei den Teilnehmern des *Sozialen Kompetenztrainings* eine Verbesserung des Verhaltens in sozialen Situationen, eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten und der Führungsfähigkeiten und eine Zunahme des Selbstwerts. Nicht bestätigt werden konnte eine Veränderung bei der internen Zuschreibung von Erfolgen und der externen Zuschreibung von Misserfolgen, die von Hinsch und Pfingsten (2002) nachgewiesen wurden. Sozial inkompetente Personen neigen zu einer externen Zuschreibung von Erfolgen und einer internen Zuschreibung von Misserfolgen, was zu einem negativen Selbstkonzept führt (Hinsch & Pfingsten, 2002). Auch bei der kooperativen Zusammenarbeit mit anderen zeigte sich keine Veränderung durch das *Soziale Kompetenztraining*. Vergleichbar sind die Ergebnisse der durchgeführten Evaluation auch mit Thomalla (2008), der ebenfalls eine modifizierte Form des *Gruppentrainings sozialer Kompetenzen* von Hinsch & Pfingsten (2002) in einer Justizanstalt durchführte. Thomalla (2008) fand eine Verringerung der sozialen Unsicherheit bei den teilnehmenden Strafgefangenen. Dies ist ein sehr wichtiger Punkt, da es einen direkten Zusammenhang zwischen Selbstunsicherheit und Substanzkonsum gibt (vgl. Hinsch & Pfingsten 2002). Auch Lewrick-Gönnecke, Kammann, Heinrichs und Hosser (2009) konnten eine Verringerung der sozialen Unsicherheit bei einem in einer Justizanstalt durchgeführten sozialen Kompetenztraining feststellen. Bei der Evaluation des *Sozialen Kompetenztrainings* konnte eine signifikante Verbesserung des Selbstwerts und eine signifikante Verbesserung des Verhaltens in sozialen Situationen festgestellt werden. Bellack, Bennett, Gearon, Brown und Yang (2006) konnten zeigen, dass ein soziales Kompetenztraining bei drogenabhängigen Patienten zu einer signifikanten Verbesserung ihrer allgemeinen Lebensqualität und zu kompetenterem Verhalten in sozialen Situationen führte. Auch bei dem evaluierten *Sozialen Kompetenztraining* kam es zu einer signifikanten Zunahme der Gesamteffektivität in allen Lebensbereichen der drogenabhängigen Trainingsteilnehmer. Verbessert hat sich auch das Zeitmanagement. Diese Ergebnisse lassen annehmen, dass die Trainingsteilnehmer von dem *Sozialen Kompetenztraining* profitierten.



Die eigene Selbstwertschätzung spielt eine wichtige Rolle für das Ausführen von sozialen Kompetenzen (vgl. Hinsch & Pfingsten, 2002; Patterson & Ritts, 1997). Um zu überprüfen, ob es durch das *Soziale Kompetenztraining* zu einer Zunahme des Selbstwerts kam, wurde der MSWS (Schütz & Sellin, 2006) verwendet. Bosold und Lauterbach (2010) konnten bei einem ähnlichen Training im Jugendstrafvollzug keine Zunahme des Selbstwerts feststellen. Wie bereits weiter oben erwähnt kam es bei dem evaluierten *Sozialen Kompetenztraining* zu einer signifikanten Zunahme des Selbstwerts, wobei große Effekte gefunden wurden. Die Ergebnisse sind so zu interpretieren, dass sich die allgemeine Selbstakzeptanz, die Selbstzufriedenheit und die positiven Einstellungen und Gefühlen sich selbst gegenüber bei den Trainingsteilnehmern signifikant verbessert haben. Die Teilnehmer schätzten ihren Gesamtselbstwert höher ein und gaben an, dass sie generell ein positiveres Bild von der eigenen Person hätten. Außerdem haben die Überzeugung von der eigenen physischen Attraktivität und die Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen und dem eigenen Körper zugenommen, auch das deutet auf eine Zunahme des Selbstwerts hin (Schütz & Sellin, 2006). Die Verbesserung des Selbstwerts kann in Situationen hilfreich sein, die Selbstbehauptung voraussetzen wie zum Beispiel Substanzkonsum abzulehnen und einen Rückfall zu vermeiden (vgl. Hinsch & Pfingsten, 2002). Beck, Wright, Newman und Liese (1997) meinen, dass mangelndes Selbstvertrauen zur Aufrechterhaltung einer Substanzstörung beiträgt. Der Selbstwert gilt als wichtige Grundlage für sozial kompetentes Verhalten, mangelndes Selbstvertrauen steht in engem Zusammenhang mit sozialen Kompetenzproblemen (Patterson & Ritts, 1997).

Als nächstes soll die Auswirkung des Sozialen Kompetenztrainings auf die emotionalen Kompetenzen betrachtet werden. Mittels SEE (Behr & Becker, 2004a) wurde versucht Veränderungen bei den emotionalen Kompetenzen zu messen, vor allem die Emotionsregulation war dabei von Interesse, da Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation eine wichtige Rolle bei der Suchtgenese spielen und eine Substanzabhängigkeit begünstigen können (Fox, Hong & Sinha, 2008; Magar, Phillips & Hosie, 2008; Schröder, 2001; Schröder & Petry, 2003). Auch für sozial kompetentes Verhalten spielt die Fähigkeit zur Emotionsregulation eine wichtige Rolle (vgl. Hinsch & Pfingsten). In der vorliegenden Untersuchung konnte keine signifikante Veränderung der Emotionsregulation festgestellt werden. Nelis, Quoidbach, Mikolajczak und

Hansenne (2008) konnten zeigen, dass es durch ein emotionales Kompetenztraining von nur vier Trainingseinheiten zu einer signifikanten Verbesserung der Emotionserkennung und dem Umgang mit Emotionen kam. Mit Hinsch und Pfingsten (2002) können diese Ergebnisse nicht verglichen werden, da sie bei den Erfolgskontrollen ihres Trainingsprogramms nicht spezifisch auf emotionale Kompetenzen eingingen. Verglichen mit einer Normstichprobe des SEE (Behr & Becker, 2004a) lagen die Werte bei den Skalen des SEE (Behr & Becker, 2004a), sowohl bei der Prä- als auch bei der Posttestung, im durchschnittlichen und somit unauffälligen Bereich. Einzig bei der Skala *Erleben von Emotionsüberflutung* lag die untersuchte Stichprobe im überdurchschnittlichen Bereich. Es konnte zwar keine signifikante Veränderung festgestellt werden, allerdings zeigte sich eine Tendenz der Abnahme der Emotionsüberflutung bei Trainingsende. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es durch das *Soziale Kompetenztraining* zu keiner Veränderung bei den emotionalen Kompetenzen kam. Es ist somit die Frage zu stellen, inwieweit das *Soziale Kompetenztraining* den Anspruch erfüllen kann die emotionalen Kompetenzen zu verbessern. Es könnte versucht werden ein gezielteres emotionales Kompetenztraining (vgl. Nelis, Quoidbach, Mikolajczak & Hansenne, 2008) in das *Soziale Kompetenztraining* zu integrieren oder die emotionalen Kompetenzen mit Hilfe eines anderen Messverfahrens wie zum Beispiel dem Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF; Rindermann, 2009) zu erfassen (siehe auch Kapitel 7.2).

Zuletzt soll noch die Frage betrachtet werden, ob es zu einer Verbesserung der generellen psychischen Problembelastung kam. Die gefundenen Ergebnisse können das nur in geringem Maße bestätigen. Das steht im Widerspruch zu Hinsch und Pfingsten (2002), die mehrfach eine signifikante Abnahme der subjektiv erlebten psychischen Belastung zeigen konnten. Es konnte beim *Sozialen Kompetenztraining* lediglich eine signifikante Zunahme des *Geborgenheitsgefühls* festgestellt werden. Das könnte auf verbesserte soziale Beziehungen hinweisen. Soziale Beziehungen und Unterstützung spielen eine bedeutende Rolle bei der Abstinenz (Hinsch & Pfingsten, 2002). Der gefundene Effekt könnte aber durch Störgrößen beeinflusst worden sein. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Trainingsteilnehmer zu Beginn des Trainings neu in die Justizanstalt aufgenommen wurden und noch nicht sozial in der Gemeinschaft integriert waren. Am Ende des Trainings hatten die meisten Insassen bereits soziale Kontakte geknüpft und sich in die Wohngruppen integriert. Der EMI-B (Ullrich & de Muynck,

1981) wurde eingesetzt, da er sich laut der Autoren gut für die Therapiekontrolle eignet. Allerdings weisen Hinsch und Pfingsten (2002) in ihrem *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* darauf hin, dass sie den EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) für die Evaluation ihres Trainings nicht mehr einsetzen, da sich viele Klienten mit dem Ausfüllen schwer tun und der Fragebogen sehr empfindlich auf momentane Stimmungsschwankungen reagiert. Sie kommen zu dem Schluss, dass der EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) für eine allgemeine Evaluation nur wenig aussagekräftig sei. Die Kritikpunkte können bestätigt werden (siehe auch Kapitel 7.2). Verschärfend kommt noch hinzu, dass viele Substanzabhängige unter Konzentrationsschwierigkeiten leiden. Es ist als Kritikpunkt an der durchgeführten Untersuchung zu sehen, dass der EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) trotz der bekannten Schwierigkeiten für die Evaluation des *Sozialen Kompetenztrainings* verwendet wurde. Es wird empfohlen, bei weiteren Untersuchungen ein anderes Messverfahren wie zum Beispiel der von Hinsch und Pfingsten (2002) verwendete Problemfragebogen zur Messung der psychischen Belastung einzusetzen.

Hinsch und Pfingsten (2002) führten *Follow-up-Untersuchungen* durch und konnten zeigen, dass die Zunahme der sozialen Kompetenzen über einen längeren Zeitraum stabil blieb. In anderen Studien zeigten sich rückfallmindernde Effekte bei Straftätern durch soziale Kompetenztrainingsmaßnahmen (vgl. Boxberg & Bosold, 2009; Egg & Spöhr, 2007). Sowohl Follow-up-Untersuchungen, als auch die Überprüfung der Legalbewährung hätten den Rahmen dieser Diplomarbeit gesprengt, wären aber eine wichtige Anregung für weitere Untersuchungen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Ergebnisse der Evaluation des *Sozialen Kompetenztrainings* für eine teilweise Verbesserung der sozialen Kompetenzen sprechen. Hervorzuheben sind die positive Wirkung des Trainings auf die Kommunikationsfähigkeiten, die Verbesserung des Verhaltens in sozialen Situationen und die Zunahme des Selbstwerts. Im Bereich der emotionalen Kompetenzen und der subjektiv erlebten psychischen Belastung waren die Ergebnisse enttäuschend, was aber vielleicht zum Teil auf die verwendeten Messverfahren zurückzuführen ist (siehe auch Kapitel 7.2). Es konnte keine Zunahme der emotionalen Kompetenzen und nur eine geringe Verbesserung des subjektiv erlebten Ausmaßes an psychischer Belastung

festgestellt werden. Es wird somit nur von einer eingeschränkten Wirksamkeit des *Sozialen Kompetenztrainings* ausgegangen.

## **7.2 Kritik und Ausblick**

Bei der durchgeführten Untersuchung, gibt es einige Punkte, die die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken. Wie bereits weiter oben beschrieben (siehe Kapitel 7.1), konnte eine positive Auswirkung auf die sozialen Kompetenzen gezeigt werden, allerdings in geringerem Ausmaß als erwartet. Ein Grund dafür könnte die Stichprobengröße sein. Es wurde bei dieser Untersuchung von einem mittleren Effekt ausgegangen. Eventuell ist eher von einem kleinen Effekt auszugehen, wodurch eine größere Stichprobe notwendig wäre. Es ist anzunehmen, dass dadurch auch mehr signifikante Ergebnisse zu erwarten wären, da in fast allen Skalen der verwendeten Messverfahren eine Veränderung in die erwartete Richtung gemessen wurde. Es konnten keine signifikanten Veränderungen der emotionalen Kompetenzen und nur eine geringe Verbesserung der subjektiv erlebten psychischen Belastung nachgewiesen werden. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die verwendeten Messverfahren. Grundsätzlich ist zu hinterfragen, ob die verwendeten Messverfahren zur Erfassung der sozialen und emotionalen Kompetenzen bei dieser speziellen Zielgruppe geeignet sind. Vor allem beim EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) ergaben sich Verständnisschwierigkeiten bezüglich der Art und Weise wie der Fragebogen auszufüllen ist und bezüglich der Wortwahl der Items. Mehr als die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer mussten mehrmals bezüglich der Bedeutung von einzelnen Wörtern nachfragen und trotz vorheriger mündlicher und schriftlicher Anleitung kam es immer wieder zu Fehlern beim Ausfüllen der Fragebögen. Auch bei den anderen Fragebögen kam es zu Verständnisschwierigkeiten, allerdings nicht in diesem Ausmaß. Teilweise sind die Verständnisschwierigkeiten auf Sprachschwierigkeiten zurückzuführen, da ungefähr 1/3 der Untersuchungsteilnehmer eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache angaben. Allerdings wurden Trainingsteilnehmer, die nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten, von vornherein aus der Untersuchung ausgeschlossen. Außerdem zeigten sich Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme beim Ausfüllen der Fragebögen, die bei Substanzabhängigen verstärkt zu finden sind. Hinsch und

Pfingsten (2002) raten davon ab, den EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) zur Erfolgskontrolle des *Gruppentrainings sozialer Kompetenzen* einzusetzen (siehe Kapitel 7.1). Ein weiterer Kritikpunkt bezüglich der Messverfahren betrifft die Verwendung des SDQ III (Marsh, 1992). Er enthält einige Skalen, die für die Messung der sozialen und emotionalen Kompetenz nicht relevant sind. Außerdem enthält der Fragebogen sehr viele Items, was sich bei vielen Untersuchungsteilnehmern bezüglich der Konzentrationsfähigkeit und der Motivation, den Fragebogen auszufüllen, als Nachteil herausstellte. Deshalb wurde ab September 2011 bis zum Ende dieser Untersuchung im Jänner 2012 der SDQ III (Marsh, 1992) durch den MSWS (Schütz & Sellin 2006) ersetzt, der die Selbstwertschätzung in verschiedenen Bereichen misst. Alle Häftlinge die das Training in diesem Zeitraum absolvierten bekamen sowohl bei der Prä- als auch bei der Posttestung den MSWS (Schütz & Sellin 2006) vorgelegt. Dadurch ergaben sich für diese beiden Messverfahren kleinere Stichprobengrößen. Die optimalen Stichprobenumfänge wurden damit beim SDQ III (Marsh, 1992) und beim MSWS (Schütz & Sellin 2006) nicht erreicht, was sich wiederum negativ auf die erwarteten Ergebnisse auswirkte. Da das *Soziale Kompetenztraining* über diese Diplomarbeit hinaus weiter evaluiert werden soll, wurde der Austausch der Messverfahren durchgeführt, als sich der Einsatz des SDQ III (Marsh, 1992) wegen der weiter oben angeführten Kritikpunkte als nicht zielführend erwies.

Ein wichtiger Kritikpunkt betrifft das Untersuchungsdesign. Durch das Prätest-Posttest-Design ohne Kontrollgruppe hat die Untersuchung nur eingeschränkte Aussagekraft. Durch dieses Design leidet die interne Validität der Untersuchung. Die Behandlungseffekte könnten auch durch Störgrößen wie zum Beispiel zeitliche Veränderungen oder andere Behandlungsmaßnahmen, die parallel durchgeführt wurden, hervorgerufen worden sein. Eine mögliche Störgröße die besonders hervorzuheben ist, ist der in der Justizanstalt Wien Favoriten durchgeführte Wohngruppenvollzug (siehe Kapitel 1.4.4), der sich auf die sozialen und emotionalen Kompetenzen, sowie auf die generelle psychische Belastung auswirken kann. Durch die spezielle Stichprobe von drogenabhängigen Rechtsbrechern ist es schwierig eine passende Kontrollgruppe zu finden, bei der einerseits Vergleichbarkeit besteht und die andererseits keine oder eine andere Behandlung bekommt. Da in der Justizanstalt Wien Favoriten alle Häftlinge gleich zu Beginn der Haft das untersuchte *Soziale Kompetenztraining* durchlaufen, ist es

nicht möglich, dort eine Kontrollgruppe zu bilden, die dieses Training nicht absolviert hat. Ein weiterer Kritikpunkt an dem *Sozialen Kompetenztraining* ist die offene Gruppe. Es kam wöchentlich zu Zu- und Abgängen wodurch sich die Gruppe und die Gruppendynamik laufend änderten. Auch die Gruppengröße variierte dadurch. Gerade unsicheren Personen kann es dadurch schwerer fallen, Hemmungen zu überwinden und sich aktiv an dem Training zu beteiligen (Hinsch & Pfingsten, 2002).

Für zukünftige Evaluationen wären die Bildung einer Kontrollgruppe und/oder der Vergleich mit anderen Trainingsmaßnahmen wichtige Maßnahmen. Außerdem wären die Durchführung von *Follow-up-Untersuchungen* und die Überprüfung der Legalbewährung wichtige Maßnahmen für die Feststellung der Wirksamkeit des Trainings. Es wäre außerdem günstig, geeignetere Messverfahren zur Messung der psychischen Belastung und eventuell auch der emotionalen Kompetenzen zu verwenden (siehe weiter oben) und die Verbesserung der emotionalen Kompetenzen, vor allem der Emotionsregulation, verstärkt in das Training einzubauen. Trotz der genannten Einschränkungen der Untersuchung möchte diese Diplomarbeit zur laufenden Qualitätskontrolle des *Sozialen Kompetenztrainings* beitragen.

## 8 ZUSAMMENFASSUNG

Zu den häufigsten psychischen Störungen zählen Störungen durch psychotrope Substanzen. Substanzabhängigkeit entsteht durch komplexe Wirkungszusammenhänge verschiedener Faktoren. Die Einnahme von Suchtmitteln kann schwerwiegende gesundheitliche, soziale, finanzielle und persönliche Probleme zur Folge haben. Da die meisten Drogen illegal sind, führt die Beschaffung und Verwendung dieser Substanzen oft in einen Kreislauf aus Sucht und Kriminalität. Präventionsprogramme und Therapien gegen Substanzabhängigkeit spielen eine immer wichtigere Rolle. Deshalb ist es notwendig auf evidenzbasierte Verfahren und *Best-Practice-Verfahren* zurückgreifen zu können. Als wichtige Schutzfaktoren gegen Substanzabhängigkeit gelten soziale und emotionale Kompetenzen (vgl. Beck, Wright, Newman & Liese, 1997; Stenbacka, 2000; Magar, Phillips & Hosie, 2008; Schröder & Petry, 2003; Taylor, 2000). Soziale Kompetenz ist die Fähigkeit einen Kompromiss zwischen der Durchsetzung eigener Bedürfnisse und sozialer Anpassung zu finden (Hinsch & Pfingsten, 2002; Kanning, 2009). Zur emotionalen Kompetenz zählen der effektive Umgang mit Emotionen und emotionalen Problemen (Ciarrochi & Scott, 2006), Selbstwirksamkeit in emotionsauslösenden sozialen Transaktionen (Saarni, 2002) und die Fähigkeit zur Emotionsregulation. Fehlende Emotionsregulation spielt eine wichtige Rolle bei der Suchtgenese (Fox, Hong & Sinha, 2008; Magar, Phillips & Hosie, 2008; Schröder, 2001; Schröder & Petry, 2003). Soziale und emotionale Kompetenzen sind eng miteinander verknüpft, emotionale Kompetenzen können auch als Grundlage der sozialen Kompetenzen betrachtet werden (Stalder, 2012).

In der vorliegenden Arbeit wurde die Wirksamkeit eines *Sozialen Kompetenztrainings* für drogenabhängige Rechtsbrecher untersucht, dessen Schwerpunkt auf der Stärkung von sozialen und emotionalen Kompetenzen lag. Das evaluierte *Soziale Kompetenztraining* ist eine modifizierte Form des *Gruppentrainings sozialer Kompetenzen* von Hinsch und Pfingsten (2002), das bereits mehrfach evaluiert wurde und dessen Wirksamkeit gut belegt ist. Studien über andere vergleichbare Trainingsmaßnahmen in Strafanstalten haben eine grundsätzliche Wirksamkeit und Verbesserung der sozialen und emotionalen Kompetenzen gezeigt (vgl. Bosold & Lauterbach, 2010; Lewrick-

Gönnecke, Kammann, Heinrichs & Hosser, 2009; Nelis, Quoidbach, Mikolajczak & Hansenne, 2008; Thomalla, 2008). Durchgeführt wurde die vorliegende Untersuchung in der Justizanstalt Wien Favoriten, einer Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher. Erfasst wurden die sozialen Kompetenzen mittels ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002), SDQ III (Marsh, 1992) und MSWS (Schütz & Sellin 2006) und die emotionalen Kompetenzen mittels SEE (Behr & Becker, 2004a). Der EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) wurde zur Messung der subjektiv erlebten psychischen Belastung als „Maß für die Generalisierung des Trainingseffekts“ (Hinsch & Pfingsten, 2002, S. 112) verwendet. Die Stichprobe bestand aus 37 drogenabhängigen Straftätern, die zu Beginn und am Ende der Trainingsmaßnahme befragt wurden.

Bei der Evaluation des *Sozialen Kompetenztrainings* zeigte sich eine Zunahme von sozialen Kompetenzen, mit Effektstärken großteils im mittleren bis großen Bereich. Die Trainingsteilnehmer schätzten am Ende des Trainings ihre Kompetenz und Effektivität im Bereich der Kommunikation und ihr Verhalten in sozialen Situationen signifikant besser ein ( $r = .35$ ). Sie gaben an, dass sich ihre Gesamteffektivität in allen Lebensbereichen ( $r = .30$ ) und ihre Führungsfähigkeiten ( $r = .29$ ) durch das Training verbessert haben. Außerdem zeigte sich eine Verbesserung bei der allgemeinen Selbstakzeptanz, der Selbstzufriedenheit und bei positiven Einstellungen und Gefühlen sich selbst gegenüber ( $r = .53$ ). Auch die Überzeugung von der eigenen physischen Attraktivität und die Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen und dem eigenen Körper haben zugenommen ( $r = .54$ ). Ferner haben die Selbsteinschätzung des Gesamtselbstwerts und ein generell positives Bild von der eigenen Person zugenommen ( $r = .60$ ). Der Selbstwert gilt als wichtige Grundlage für die Umsetzung sozial kompetenten Verhaltens. Die Ergebnisse der Evaluation sprechen für eine Reduzierung sozialer Kompetenzprobleme. Bei den emotionalen Kompetenzen konnten keine Veränderungen festgestellt werden. Es konnte auch nur eine geringe Verbesserung der subjektiv erlebten psychischen Belastung gemessen werden. Deshalb wird nur eine eingeschränkte Wirksamkeit des *Sozialen Kompetenztrainings* angenommen. Diese Diplomarbeit möchte einen Beitrag zur Qualitätskontrolle des durchgeführten *Sozialen Kompetenztrainings* leisten.



## 8.1 Abstract (deutsch)

**Theoretischer Hintergrund:** Soziale und emotionale Kompetenzen werden als wichtige Schutzfaktoren gegen Substanzabhängigkeit gesehen. In verschiedenen Studien (vgl. Bosold & Lauterbach, 2010; Lewrick-Gönnecke, Kammann, Heinrichs & Hosser, 2009; Nelis, Quoidbach, Mikolajczak & Hansenne, 2008; Thomalla, 2008) wurde gezeigt, dass es durch entsprechende Kompetenztrainingsmaßnahmen zu einer Zunahme von sozialen und emotionalen Kompetenzen bei substanzabhängigen Personen kommt.

**Zielsetzung:** Das Ziel dieser Untersuchung war es, die Wirksamkeit eines 10-wöchigen Trainings, in einer Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher, zu evaluieren. Der Schwerpunkt des Trainings lag in der Stärkung der sozialen und emotionalen Kompetenzen der Trainingsteilnehmer.

**Methoden:** Die Stichprobe bestand aus 37 drogenabhängigen Straftätern, die zu Beginn und am Ende des Trainings getestet wurden. Als Messinstrumente kamen fünf standardisierte psychologische Fragebögen zum Einsatz. Außer den sozialen und emotionalen Kompetenzen wurde noch die subjektiv erlebte psychische Belastung als Maß für die Generalisierung des Trainingseffekts erhoben.

**Ergebnisse:** Es zeigte sich eine Zunahme von sozialen Kompetenzen, deren Effekte größtenteils im mittleren bis großen Bereich lagen. Außerdem schätzten die Trainingsteilnehmer am Ende der Trainingsmaßnahme ihren Selbstwert positiver ein. Der Selbstwert gilt als wichtige Grundlage für die Umsetzung sozial kompetenten Verhaltens. Bei den emotionalen Kompetenzen konnte keine Veränderung festgestellt werden. Bei der subjektiv erlebten psychischen Belastung zeigte sich nur eine geringe Verbesserung.

**Schlussfolgerung:** Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich zwar nur eine eingeschränkte Wirksamkeit der Trainingsmaßnahme zeigte, allerdings lagen die Effektstärken der signifikanten Ergebnisse durchaus im relevanten Bereich. Diese Diplomarbeit möchte einen Beitrag zur Qualitätskontrolle des durchgeführten *Sozialen Kompetenztrainings* leisten.

**Schlüsselwörter:** Soziale Kompetenz; Emotionale Kompetenz; Soziales Kompetenztraining; Straftäterbehandlung; Drogenabhängigkeit

## 8.2 Abstract (english)

**Theoretical Background:** Social and emotional skills are seen as important protective factors which help to prevent drug abuse and addiction. Several studies (Bosold & Lauterbach, 2010; Lewrick-Gönncke, Kammann, Heinrichs & Hosser, 2009; Nelis, Quoidbach, Mikolajczak & Hansenne, 2008; Thomalla, 2008) have shown that specialised social and emotional skills training programmes increase the social and emotional skills of drug addicts.

**Objective:** The objective of this study was to evaluate the effectiveness of a social and emotional skills training programme in a specialised prison for convicted drug addicts.

**Methods:** Subjects of the study were 37 drug-dependent offenders who participated in the training. They were tested twice, at the beginning and at the end of the training, using five standardized personality questionnaires to measure their social and emotional skills and the psychological stress.

**Results:** Statistical analysis showed an increase of social skills, with medium and large effects. The participants reported a significantly higher positive self-esteem after the training. Self-esteem is seen as an important basic skill for socially competent behaviour. There was no increase of emotional skills and only a minor decrease of psychological stress.

**Conclusion:** Results indicate that the treatment has only a limited, though significant effect on the increase of social skills of drug addicts. Furthermore, this study is an important contribution to the evaluation of the quality of this training programme.

*Keywords:* Social skills; Emotional skills; Social skills training; Offender rehabilitation; Drug addiction

## IV LITERATURVERZEICHNIS

- American Board of Forensic Psychology, ABFP (2012). *Forensic Psychology*. Zugriff am 21.02.2012 unter <http://www.abfp.com/brochure.asp>
- Asendorpf, J. (2007). *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin: Springer.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., Huang, S. H. S. & McKenney, D. (2004). Measurement of trait emotional intelligence: testing and cross-validating a modified version of Schutte et al.'s (1998) measure. *Personality and Individual Differences*, 36, 555-562.
- Bartol, C. R. & Bartol A. M. (2012). *Introduction to forensic psychology. Research and Application*. Thousand Oaks: SAGE.
- Bastians, F. & Runde, B. (2002). Instrumente zur Messung sozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 186-196.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beelmann, A. (2008). Jugenddelinquenz - Aktuelle Präventions- und Interventionskonzepte. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 2, 190-198.
- Behr, M. & Becker, M. (2004a). *Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. & Becker, M. (2004b). *Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)*. Zugriff am 15.04.2012 unter <http://www.testzentrale.de/programm/skalen-zum-erleben-von-emotionen.html>
- Bellack, A., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H. & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of general psychiatry*, 63, 426-432.

- Berger, U. & Rockenbach, K. (2006). Test-Rezension – Michael Behr & Martina Becker: SEE – Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 141-144.
- Berking, M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bosold, C. & Lauterbach, O. (2010). Leben ohne Gewalt organisieren. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4, 269-277.
- Boxberg, V. & Bosold, C. (2009). Soziales Training im Jugendstrafvollzug: Effekte auf Sozial- und Legalbewährung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 3, 237-243.
- Brackett, M. A. & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1147-1158.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D. & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402.
- Burger, E. (2007). *Soziale Kompetenz: Veränderungen im Rahmen eines tiergestützten Trainings (MTI)*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.
- Cahn, E. & Schaefer, L. (2004). *LoGo - Leben ohne Gewalt organisieren*. Unveröffentlichtes Manuskript. Hameln: Jugendanstalt Hameln.
- Ciarrochi, J. & Scott, G. (2006). The link between emotional competence and well-being: A longitudinal study. *British Journal of Guidance and Counseling*, 34, 231-243.
- Comer, R. J. (2008). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

- Conte, J. M. (2005). A review and critique of emotional intelligence measures. *Journal of Organisational Behavior*, 26, 433-440.
- Dahle, K.-P. (1995). *Therapiemotivation hinter Gittern - Zielgruppenspezifische Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug*. Regensburg: S. Roderer.
- Daig, I., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2008). Testrezension – Die Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS) von Schütz und Sellin (2006). *Diagnostica*, 3, 166-169.
- DeMatteo, D., Krauss, D. A., Marczyk, G. & Burl J. (2009). Educational and training models in forensic psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 3 (3), 184-191.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Weltgesundheitsorganisation. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-Diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Döpfner, M., Schlüter, S. & Rey, E.-R. (1981). Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren: Ein Therapievergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 233-252.
- Egg, R. & Spöhr, M. (2007). Sozialtherapie im deutschen Justizvollzug: Aktuelle Entwicklungen und Versorgungsstand. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1, 200-208.
- Ekman, P. (2010). *Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren*. Heidelberg: Spektrum.
- Entorf, H. (2009). Rezension des Artikels Soziale Kosten des Drogenmissbrauchs für 2002 dargestellt am Beispiel Österreichs. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 3, 156-158.

- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2005). *Jahresbericht 2005. Stand der Drogenproblematik in Europa* (Forschungsbericht). Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2006). *Jahresbericht 2006. Stand der Drogenproblematik in Europa* (Forschungsbericht). Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2011). *Jahresbericht 2011. Stand der Drogenproblematik in Europa* (Forschungsbericht). Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Fachdienste der Justizanstalt Wien Favoriten (2010). *Justizanstalt Wien Favoriten. Anstalt für entwöhnungsbedürftige RechtsbrecherInnen* (Arbeitsbericht). Wien: Justizanstalt Favoriten.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Fox, H. C., Hong, K. A. & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, 33 (2), 388-394.
- Gambrill, E. (1995). Assertion skills training. In W. O'Donohue & L. Krasner (Hrsg.), *Handbook of social skills training* (S. 81-118). Boston: Allyn and Bacon.
- Gegenhuber, B., Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2009). Freiwilligkeit oder Zwang - Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 3, 67-75.
- Goleman, D. (1996). *Emotionale Intelligenz*. München: Hanser.
- Groschek, W. (1980). Zur Dimensionierung des Selbstkonzeptes. *Probleme und Ergebnisse der Psychologie*, 75, 39-57.

- Hauptmann, W. & Hübner, E. (2008). *Soziale Kosten des Drogenmissbrauchs. Für 2002 dargestellt am Beispiel Österreichs*. Wien: Wissenschaftlicher Verlag.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2002). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: Beltz.
- Hinsch, R. & Wittmann, S. (2003). *Soziale Kompetenz kann man lernen*. Weinheim: Beltz.
- Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (2002). Soziale Kompetenz – Entwicklungstrends und Förderung in der Schule. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 164-174.
- Kanning, U. P. (2002a). Editorial. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), S. 153.
- Kanning, U. P. (2002b). Soziale Kompetenz - Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 154-163.
- Kanning, U. P. (2002c). Soziale Kompetenzen von Polizeibeamten. *Polizei und Wissenschaft*, 3, 18-30.
- Kanning, U. P. (2003). *Selbstwertmanagement. Die Psychologie des selbstwertdienlichen Verhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanning, U. P. (2007). *Förderung sozialer Kompetenzen in der Personalentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanning, U. P. (2009). *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Klee, R. (2010). *Tiergestütztes Kompetenztraining (MTI) im stationären Drogenentzug*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.
- Kothgassner, O. D. (2011). Von Variablen zu Modellen: Einführung in die Methodik psychologischer Forschung. In B. U. Stetina, O. D. Kothgassner & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Forschen in der Klinischen Psychologie* (S. 103-121). Wien: Facultas.

- Kothgassner, O. D. & Stetina B. U. (2011). Die Legende perfekter Daten: Operationalisierung und Datenoptimierung in der wissenschaftlichen Praxis. In B. U. Stetina, O. D. Kothgassner & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Forschen in der Klinischen Psychologie* (S. 130-141). Wien: Facultas.
- Kuchta, B. (2008). *Tiergestütztes Kompetenztraining (MTI) bei inhaftierten drogenabhängigen Straftätern*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.
- Lewrick-Gönnecke, Y. L., Kammann, N., Heinrichs, N. & Hosser, D. (2009). Zur Differenzierung zwischen unsicheren und aggressiven Teilnehmern beim Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) im Straf- und Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 3, 47-55.
- Magar, E. C. E., Phillips, L. H. & Hosie J. A. (2008). Self-regulation and risk-taking. *Personality and Individual Differences*, 45, 153-159.
- Marsh, H. W. (1992). *Self Description Questionnaire (SDQ) III: A theoretical and empirical basis for the measurement of multiple dimensions of late adolescent self-concept: An interim test manual and research monograph*. New South Wales: Macarthur, University of Western Sydney, Faculty of Education.
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G. & Prendergast, M. (2006). Predictors of prison-based treatment outcomes: A comparison of men and women participants. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32 (1), 7-28.
- Mitchell, O., Wilson, D. B. & MacKenzie D. L. (2006). The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior. *Campbell Systematic Reviews*, 11.
- Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M. & Hansenne, M. (2008). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Personality and Individual Differences*, 47, 36-41.



- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2011). *Bericht zur Drogensituation 2011* (Forschungsbericht). Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Otto, R. K. & Heilbrun, K. (2002). The practice of forensic psychology. *American Psychologist*, 57 (1), 5-18.
- Page, R. M. (1990). Shyness and sociability: A dangerous combination for illicit substance use in adolescent males? *Adolescence*, 25 (100), 803-806.
- Patterson, M. L. & Ritts, V. (1997). Social and communicative anxiety: A review and meta-analysis. *Communication Yearbook*, 20, 263-303.
- Richards, G. E., Ellis, L. A. & Neill, J. T. (2002). *The ROPELOC: Review of Personal Effectiveness and Locus of Control: A comprehensive instrument for reviewing life effectiveness*. Zugriff am 26.05.2011 unter <http://wilderdom.com/tools/leq/ROPELOC.htm>
- Rindermann, H. (2009). *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Eds.), *Psychology: The Study of a Science, (Vol. 3) Formulations of the Person and the Social Context* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rössner, D. (1984). Soziale Kompetenz und Kriminalität. Die Grundlagen des Sozialen Trainings im Strafvollzug. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*. 33 (3), 131-136.
- Rothermund, K. & Eder, A. (2011). *Allgemeine Psychologie: Motivation und Emotion*. Wiesbaden: Springer.
- Saarni, C. (2002). Die Entwicklung von emotionalen Kompetenzen in Beziehungen. In M. Von Salisch (Hrsg.). *Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend* (S. 3-30). Stuttgart: Kohlhammer.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1989). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.

- Santesso, D. L., Schmidt, L. A. & Fox, N. A. (2004). Are shyness and sociability still a dangerous combination for substance use? Evidence from a US and Canadian Sample. *Personality and individual differences*, 37, 5-17.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003). *Diagnostische Kriterien (DSM-IV-TR)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schoon, I. (2009). *Measuring social competencies* (Arbeitsbericht). Berlin: Council for Social and Economic Data (RatSWD).
- Schröder, H. (2001). Personbezogene Interventionsziele in der Rehabilitation. In H. Schröder & W. Hackhausen (Hrsg.), *Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation* (S. 28-43). Frankfurt: Akademische Schriften.
- Schröder, H. & Petry, J. (2003). Störung des Selbstregulationssystems und Emotionstraining bei stofflichen und stoffungebundenen Süchten. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26, 19-22.
- Schuler, H. & Barthelme, D. (1995). Soziale Kompetenz als berufliche Anforderung. In B. Seyfried (Hrsg.), *Stolperstein Sozialkompetenz. Was macht es so schwierig sie zu erfassen, zu fördern und zu beurteilen? Berichte zur Beruflichen Bildung Bd. 179* (S. 77-116). Bielefeld: Bertelsmann.
- Schütz, A. & Sellin, I. (2006). *Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Stalder, U. (2012). *Emotionale und soziale Kompetenz: Gemeinsamkeiten und Unterschiede*. Zugriff am 14.03.2012 unter <http://iek-bern.blogspot.com/2012/02/emotionale-und-soziale-kompetenz.html>
- Stenbacka, M. (2000). The role of competence factors in reducing the future risk of drug use among young Swedish men. *Addiction*, 95 (10), 1573-1581.
- Stöver, H. & Weilandt, C. (2007). Drug use and drug services in prison. In L. Möller, H. Stöver, R. Jürgens, A. Gatherer & H. Nikogosian (Hrsg.), *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health* (S. 85-112). Copenhagen: WHO.

- Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C. & Thane, K. (2008). *Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners* (Forschungsbericht). Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. ev. V. (WIAD).
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Taylor, G. J. (2001). Low emotional intelligence and mental illness. In J. Ciarrochi, J. P. Forgas & J. Mayer (Eds.), *Emotional Intelligence in Everyday Life: a Scientific Inquiry* (pp. 67-81). Philadelphia: Psychology Press/Taylor & Francis.
- Thomalla, J. (2008). *Das GSK als Selbstsicherheitstraining für Gefangene im Strafvollzug*. Zugriff am 01.06.2011 unter <http://www.gsk-training.de>
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its use. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V. S., Huyck, V. C., Saliez, V. & Hogge, M. (2009). *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires* (Forschungsbericht). Brüssel: Service Public Fédéral Justice.
- Trenkamp, S. (2004). Der Maßregelvollzug als Arbeitsfeld in der Verhaltenstherapieausbildung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25 (1), 97-113.
- Trinidad, D. R. & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95-105.
- Uhl, A., Strizek, J., Puhm, A., Kobra, U. & Springer, A. (2009). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008* (Forschungsbericht). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Ullrich, R. & de Muynck, R. (1981). *Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß (EMI-B)*. München: Pfeiffer.

- Vollzugsdirektion (2012). *Justizanstalten. Strafvollzug in Österreich* Zugriff am 20.02.2012 unter <http://strafvollzug.justiz.gv.at/index.php>
- Voncken, M. J., Alden, L. E., Bögels, S. M. & Roelofs, J. (2008). Social rejection in social anxiety disorder: The role of performance deficits, evoked negative emotions and dissimilarity. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 439-450.
- Voncken, M. J., Dijk, C., de Jong, P. J. & Roelofs, J. (2010). Not self-focused attention but negative beliefs affect poor social performance in social anxiety: An investigation of pathways in the social anxiety-social rejection relationship. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 984-991.
- Wagner, E. & Gegenhuber, B. (2010). Die Maßnahme nach § 22 StGB. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 11 (2), 44-51.
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders. Promises and problems. *Aggression and violent behaviour*, 7, 513-528.
- Weis, S., Seidel, K. & Süß, H.-M. (2006). Messkonzepte sozialer Intelligenz – Literaturübersicht und Ausblick. In R. Schulze, P. A. Freund & R. D. Roberts (Hrsg.), *Emotionale Intelligenz. Ein Internationales Handbuch* (S. 213-234). Göttingen: Hogrefe.
- Wild T. C., Newton-Taylor B. & Alleto R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. *Addiction Behaviour*, 23, 81-95.
- Wong, S. S. & Ang, R. P. (2007). Emotional competencies and maladjustment in singaporean adolescents. *Personality and Individual Differences*, 43, 2193-2204.
- Zingerle, H. (1998). Substanzmißbrauch und Abhängigkeit. In I. Kryspin-Exner, B. Lueger-Schuster & G. Weber (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie* (S. 417-432). Wien: WUV.

## V TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	<i>Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen (nach Gambrill, 1995; zitiert nach Hinsch &amp; Pfingsten, 2002, S. 5 f.)</i> .....	25
Tabelle 2	<i>Kompetenzdimensionen (nach Kanning, 2002b, S. 158)</i> .....	26
Tabelle 3	<i>Faktoren 2. Ordnung (nach Kanning, 2002b, S. 157 f.)</i> .....	27
Tabelle 4	<i>Fertigkeiten der emotionalen Kompetenz (nach Saarni, 2002, S. 12 f.)</i> .....	30
Tabelle 5	<i>Die 10 Module des Sozialen Kompetenztrainings</i> .....	43
Tabelle 6	<i>Gütekriterien des ROPELOC (nach Richards, Ellis &amp; Neill, 2002)</i> .....	46
Tabelle 7	<i>Gütekriterien des SDQ III (nach Marsh, 1992)</i> .....	48
Tabelle 8	<i>Gütekriterien der MSWS-Skalen (nach Schütz &amp; Sellin, 2006)</i> .....	49
Tabelle 9	<i>Gütekriterien des SEE (nach Behr &amp; Becker, 2004a)</i> .....	52
Tabelle 10	<i>Ergebnisse für die Skalen des ROPELOC (Richards, Ellis &amp; Neill, 2002)</i> .....	64
Tabelle 11	<i>Ergebnisse für die Skalen des SDQ III (Marsh, 1992)</i> .....	66
Tabelle 12	<i>Ergebnisse für die Skalen des MSWS (Schütz &amp; Sellin 2006)</i> .....	67
Tabelle 13	<i>Ergebnisse für die Skalen des SEE (Behr &amp; Becker, 2004a)</i> .....	69
Tabelle 14	<i>Ergebnisse für die Skalen des EMI-B (Ullrich &amp; de Muynck, 1981)</i> .....	70

## VI ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung des Alters der untersuchten Stichprobe ( $n = 37$ ) .....	60
Abbildung 2: Höchste abgeschlossene Ausbildung der untersuchten Stichprobe ( $n = 37$ ) .....	61
Abbildung 3: Signifikante Veränderungen der Mittelwerte in den Skalen des ROPELOC (Richards, Ellis & Neill, 2002) .....	63
Abbildung 4: Signifikante Veränderungen der Mittelwerte in den Skalen des MSWS (Schütz & Sellin 2006) .....	68
Abbildung 5: Veränderungen der Mittelwerte in den Skalen des EMI-B (Ullrich & de Muynck, 1981) .....	70

## **VII ANHANG**

### **ERKLÄRUNG**

Ich bestätige, dass ich die vorliegende Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Diplomarbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Silke Schnaitmann

Salzburg, November 2012

**Persönliche  
Daten:** geb. am 15. Juli 1975 in Hallein  
silke.schnaitmann@gmx.at

---

**Berufserfahrung:**

- 10/2008-08/2011**    **Universitätsklinik für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie, Salzburg**  
Wissenschaftliche Assistentin
- 03/2010-08/2011**    **Contact Promotion GmbH, Salzburg**  
Marktrecherche und -analyse
- 12/2006-09/2008**    **Mag. Auer Michaela, Klinische- & Gesundheitspsychologin, Psycho-  
therapeutin, Akad. Lese- & Rechtschreibtherapeutin, Wien**  
Lese- und Rechtschreibtherapie unter Supervision, Unterstützung bei der Diagnostik
- 10/2001-09/2008**    **UCI Kinowelt MC, Wien**  
Angestellte
- 1996-2001**    **Weitere Berufserfahrung:**  
Waagner-Biro AG, Wien: Bürotätigkeiten  
Manpower GmbH, Wien: Bürotätigkeiten  
Immobilienverwaltung Maritzczak, Wien: Bürotätigkeiten
- 

**Praktika:**

- 09/2011– 12/2011**    **Justizanstalt Wien Favoriten**  
Psychologisches Praktikum
- 07/2011**    **Mag. Erika Barker-Benfield, Klinische- & Gesundheitspsychologin,  
Akad. Lese- & Rechtschreibtherapeutin, Brunn am Gebirge**  
Betreuerin und Co-Therapeutin in einem Sommercamp für Kinder  
und Jugendliche mit ADHS
- 07/2009**    **Mag. Erika Barker-Benfield, Klinische- & Gesundheitspsychologin,  
Akad. Lese- & Rechtschreibtherapeutin, Brunn am Gebirge**  
Betreuerin und Co-Therapeutin in einem Sommercamp für Kinder  
und Jugendliche mit ADHS
-



**Ausbildung:**

<b>2005 – 2012</b>	<b>Universität Wien</b> Diplomstudium Psychologie
<b>1996 – 2003</b>	<b>Wirtschaftsuniversität Wien</b> Diplomstudium Betriebswirtschaftslehre
<b>1989 – 1995</b>	<b>Handelsakademie II, Salzburg</b>
<b>1981 – 1989</b>	<b>Volks- und Hauptschule, Adnet</b>

---

**Publikationen:**

Schnaitmann, S. (2012). *Soziales Kompetenztraining bei drogenabhängigen Rechtsbrechern in einer Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.

Winkler, A. S., Mayer, M., Schnaitmann, S., Ombay, M., Bartholomayo, M., Schmutzhard, E. & Jilek-Aall, L. (2010). Belief systems of epilepsy and attitudes toward people living with epilepsy in a rural community of northern Tanzania. *Epilepsy & Behavior*, 19 (4), 596-601.

---

**Weiterbildung:**

<b>10/2008</b>	Kongress „Chancengleichheit – Legasthenie und Dyskalkulie im Spannungsfeld zwischen Medizin, Bildung und Gesellschaft“, Berlin, Deutschland
<b>04/2008</b>	Enquete „Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung“, Wien

---